



大 阪 け い さ つ 病 院

2026 年度採用メディカルクラーク（医師事務作業補助者）応募シート

(西暦) 年 月 日現在			写 真 貼 付 縦 36～40mm 横 24～30mm 撮影から 3 ヶ月以内 写真の裏に名前を記入
ふりがな 氏 名		性 別	
(西暦) 年 月 日生 (満 歳)			
ふりがな 現 住 所 〒		電話番号	
e-mail(必須)		携帯電話	
ふりがな 連 絡 先 〒		(郵送物の送付を現住所以外に希望する場合のみ記入) 電話番号	

年（西暦）	月	学 歴（高校卒業相当以上から）
年（西暦）	月	免 許・資 格
年（西暦）	月	賞 罰
年（西暦）	月	語学スキル※TOEIC 点数、英検等

志望理由は何ですか。
学生時代に特に力を入れたことは何ですか。
自己 PR を書いてください。
趣味、特技等があれば自由に記載してください。

通勤時間	扶養家族数（配偶者を除く）	配偶者	配偶者の扶養義務
約 時間 分	人	有 ・ 無	有 ・ 無