

実務経験申立書【ドクターズアシスタント（医師事務作業補助者）】

氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
応募資格（経験）	医師事務作業補助者として、部下の勤務・業務調整等の勤務経験がある方		
上記の職務に従事した職歴 病院名・病床数	職務内容		
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
【病院名】 【病床数】			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
【病院名】 【病床数】			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
【病院名】 【病床数】			
S・H・R 年 月 日 ～ S・H・R 年 月 日			
【病院名】 【病床数】			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 地方独立行政法人明石市立市民病院 理事長 阪倉 長平 様 氏名 _____ 印 _____			

- (注) 1 従事した期間は、1 週間の平均勤務時間が 3 5 時間以上の期間を対象とし、療養休暇、休職、育児休業等の勤務に就かなかった期間は含めないこと。
- 2 上記内容に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。
- 3 合格した場合は、採用前に経験ごとの在職証明書（当院指定用紙）を提出していただきます。