

横浜市歯科保健医療センター
センター非常勤職員 受付事務員 応募用紙

様式 1

令和 年 月 日

一般社団法人横浜市歯科医師会
会長 吉田直人様

横浜市歯科保健医療センターにおける次の診療事業に従事いたしたく応募いたします。

- ・休日救急歯科診療事業 繁忙期対応 (可 ・ 不可)
 ・夜間救急歯科診療事業 繁忙期対応 (可 ・ 不可)

※複数希望する場合は、□に順位を記してください。

ふりがな 氏名	〒	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
現住所	〒		T e l - - 携 帯 - - F a x - -
メールアドレス			
現在の勤務先	名 称		T e l - - F a x - -
	所在地	〒	
最終学歴からの略歴 (職歴等) をご記入ください。			単身胸から上の写真 (縦4cm×横3cm程度) 貼付
昭和・平成・令和	年 月	卒業	
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
昭和・平成・令和	年 月		
備 考			

※ (一社)横浜市歯科医師会では、個人情報保護法に基づき、ご記入いただいた氏名・住所・電話番号・メールアドレス・略歴等は、横浜市歯科保健医療センター診療従事者の募集に関する連絡及び情報提供のためのみに使用いたします。