

公益財団法人 東京都医学総合研究所 職員採用選考申込書 (2025)

(2024年 月 日作成)

ふりがな			
氏名			
生年月日	年 月 日 (2025年4月1日現在 満 歳)	性 別 (任 意)	

写真データを貼付

上半身脱帽正面向
3か月以内に撮影
サイズ(縦4cm×横3cm)

郵送の場合、写真裏面に
氏名を記入のこと

ふりがな				電話(携帯電話可)
現住所	〒			
連絡先	現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入すること。 〒			電話(携帯電話可)
E-mail アドレス				
学 歴	学 校 名	学部・学科名	在学期間	※ 修学区分
高 等 古 学 い 校 順 か に ら 記 入 最 終 し て 学 歴 く ま だ さ い			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
資 格 免 許	名 称		免許等取得年月日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
趣味・特技			自覚して いる性格	
自由 記入欄	※勤務するにあたって特に考慮してほしいこと等があれば記入してください。			

記入上の注意

1. 記載しきれない場合は、別紙(A4サイズ)に記載してください。 2. ※修学区分は該当するものを選択してください。