

令和6年7月採用予定 会津若松市会計年度任用職員（専門員）
会津若松市診療報酬明細書点検専門員 選考試験 受験申込書

※受験番号	KT -
-------	------

※には記入しないでください

写 真 縦 横 4cm×3cm	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日
	現住所	〒 TEL		
	問い合わせ電話連絡先 (日中、連絡のつく番号)		TEL	

学 歴	年	月	学校名	区分	学部学科名		
				中学校			卒業
				高等学校			科 入学
				高等学校			科 卒業・卒業見込 ・中退
					学部		科 入学
					学部		科 卒業・卒業見込 ・中退
					学部		科 入学
					学部		科 卒業・卒業見込 ・中退
職 歴 (書ききれない場合は、直近6つ分)	年 月 日から	勤務先：	雇用形態： 正規 ・ その他				
	年 月 日まで	業務内容：					
	年 月 日から	勤務先：	雇用形態： 正規 ・ その他				
	年 月 日まで	業務内容：					
	年 月 日から	勤務先：	雇用形態： 正規 ・ その他				
	年 月 日まで	業務内容：					
	年 月 日から	勤務先：	雇用形態： 正規 ・ その他				
年 月 日まで	業務内容：						
資格・免許							
受験資格確認	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書点検の経験がある <input type="checkbox"/> 医療事務の経験がある						
通勤手段							

1 あなたが診療報酬明細書点検専門員を志望した理由は何ですか。

2 あなたの長所と短所について記入してください。

3 自由に自己PRしてください。