

令和7年4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：			
資格・免許	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：			
受験資格確認	☐ 診療報酬明細書点検の経験がある						
	☐ 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。