

地方独立行政法人 岡山市立総合医療センター
医療ソーシャルワーカー（実務経験者）採用試験受験申込書①

試験区分：実務経験者					受験番号 ※				
フリガナ									
氏 名									
生年月日	西暦	年	月	日生	満 才	性 別	男 ・ 女		
フリガナ									
現住所 〒					TEL				
フリガナ									
連絡先 〒					TEL				
E-mailアドレス（必須）									

写真
(タテ4.5cm×ヨコ3.5cm)

1 写真を貼って提出してください

2 最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとし、ノリを全面につけて貼ってください

学 歴	学校名	学部・学科・ 課程名	所在地		在学期間			卒・卒見 等の区別
	高等学校		市区 町村	西暦	年	西暦	年	卒・中退・ 転校
			市区 町村	西暦	年	西暦	年	卒・中退・ 転校
			市区 町村	西暦	年	西暦	年	卒・中退・ 転校
	最終 (現在)		市区 町村	西暦	年	西暦	年	卒・中退・ 転校・卒見

職 歴	勤務先(部署名まで)	職務内容	勤務 形態	所在地	勤務期間			
			正規 ・ 非正規	市区 町村	西暦	年	西暦	年 月
			正規 ・ 非正規	市区 町村	西暦	年	西暦	年 月
			正規 ・ 非正規	市区 町村	西暦	年	西暦	年 月
			正規 ・ 非正規	市区 町村	西暦	年	西暦	年 月
	※職歴欄が不足の場合は、別紙に記入ください。							

免 許 ・ 資 格	名 称	取得年月			
	社会福祉士資格	西暦	年	月	取得 取得見込み
		西暦	年	月	取得 取得見込み
		西暦	年	月	取得 取得見込み
		西暦	年	月	取得 取得見込み

上記のとおり受験を申し込みます。なお、この申込書の記載事項は事実に相違ありません。

年 月 日

氏名

㊞

④医療ソーシャルワーカーとして最も大切だと考えていることについて述べてください。

⑤趣味・娯楽・特技

⑥スポーツ・文化・芸術活動

部・クラブ名	委員・役員など	実績など
・中 学		
・高 校		
・大学等		
・地域等		

⑦地域活動・ボランティア活動

⑧今後、当院で挑戦したいことを述べてください。
