地方独立行政法人岐阜県総合医療センター職員採用試験申込書

記入心得

1. 記入にあたっては、インク（ボールペン可）で丁寧に記入し、□の中には該当するものに✓印をつけてください。印の箇所は、すべて押印してください。
2. 数字はすべて算用数字を用いてください。
3. 現住所は地番まで詳しく記入してください。
4. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。

写　真
（縦30～40mm
×横24～30mm）

写真は申込前６月以内に帽子をつけないで、上半身正面向きを撮ったもので本人と確認できるものが必要です。

撮影年月日
令和
年　月　日

1　試験区分

診療情報管理士
（B　病院等職務経験者）
（大学卒程度）

2　氏 名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

旧姓（　　）

3　生年月日・性別・年齢

昭和
平成　年　月　日生　満　歳

性別　□男　□女

（令和　年　月　日現在）

4　現住所（ﾌﾘｶﾞﾅ）

〒

電話　＜　＞　－
携帯　＜　＞　－

6　学歴　最終学歴から高等学校まで順に書いてください。所在地は町村まで書いてください。

学　校　名	類別	学 部 科 別	所　在　地	在 学 期 間	○でかこむ
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 ＿年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 ＿年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 ＿年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 ＿年中退

7　次の質問に該当する、しないを答えてください。

イ）成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）	□該当する　□該当しない
ロ）禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者	□該当する　□該当しない
ハ）岐阜県が設立する一般地方独立行政法人の職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない者	□該当する　□該当しない
ニ）日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者	□該当する　□該当しない

8　特殊技能、検定資格免許その他特殊な技能を有する人は、その名称および取得年月日を書いてください（有資格者の場合は応募職種の免許含む）。

免 許 種 類	取得年月日
	・　・
	・　・
	・　・
	・　・

職　　歴

元　号	年	月	日	事　　項	↓診療情報管理士としての職務経験期間には左枠に「○」と記載し、右枠にその期間を記載してください。	
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
						年　ヶ月
					診療情報管理士としての職務経験年数 計　　年　　ヶ月	

以上のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※行が不足する場合は、本様式で複数枚ご記入ください。

受験番号 （記載不要）

面　接　カ　ー　ド

試験区分	（フリガナ） 氏　　名	生年月日（和暦）	緊急連絡先 （申込書記載の現住所と異なる連絡先がある場合のみ記入）
診療情報管理士（B） （大学卒程度）		年　　月　　日 （満　　歳）	〒 TEL（　　）　　－

当院を志望した理由

これまでの職務を通じて培った知識・経験・能力を、当院でどのように活用することができるか

診療情報管理士として今まで心掛けてきたこと	コミュニケーションをとるうえで心掛けていること

最近関心を持ったこと（社会生活、時事問題、世界情勢　等）

これまで力を入れて取り組んだこと（スポーツ、ボランティア、研究活動　等）

自己ＰＲ（自己の性格、特技のほか何でも自由にあなたをＰＲしてください。）

資格等	試験職種に関わらず取得している資格等について記載してください。		
賞罰		配偶者の有無	有　・　無

※任意（今回の試験において、併願の有無により不利益を被ることはありません。）