

職員番号（記載不要）

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)			
1 試験区分 医師 (専攻医)	2 氏 名 (フリガナ) 旧姓 ()		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が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		
3 生年月日・性別・年齢 昭和 年 月 日生 満 歳 平成 性別 ☐ 男 ☐ 女 (令和 年 月 日現在)	4 現住所 (フリガナ) 〒 電話 < > 携帯 < > —				
5 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
6 次の質問に該当する、しないを答えてください。				7 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)。	
イ) 拘禁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		免 許 種 類		取得年月日
ロ) 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				・ ・
					・ ・
ハ) 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				・ ・
					・ ・

歷 職

※職歴がない場合は「なし」と記入し提出してください。

[illegible]

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印 _____

面 接 カ ー ド

試験区分	(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日
専 攻 医			昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)
1. 専門分野の選択理由			
2. 医師として心掛けてきたこと、又は今後心掛けていきたいこと			
(岐阜県総合医療センター医師としての心構え、取り組みたい事項(抱負)、目指している医師像等)			
3. 最近関心を持った事項及びその理由(感想)			
医療関係			
政治・経済関係・社会一般			
4. 自分の性格			
長 所		短 所	
5. 趣味・特技・その他取り組んでいること			
6. 現在までの勤務状況(特に当事者となった医療事故等の有無及びその概要)			
7. 健康面で心掛けていること		健康診断受診状況	
		() 毎年欠かさず受診している。	
		() たまに受診している。	
		() あまり受診したことがない。	
8. 直近の健康診断受診日 平・令 年 月 日			
9. 営利企業等及び医療法人の役職員就任(従事)状況について			
() 就任(従事)している		() 就任(従事)していない	
[法人名等:]		]	
[役職名:]		]	