

公益財団法人横浜市総合保健医療財団職員採用試験申込書

試験区分	看護師	受験番号	※	(写真欄) ・5 cm × 4 cm ・3ヶ月以内撮影 ・上半身, 正面向き, 脱帽 ・申込み時にはってください。 ・写真裏に名前を記載してください。	
ふりがな					
氏 名					
生年月日	(昭和・平成)	年	月	日生	年齢 歳
現住所	(〒 -)			Tel ()	
連絡先	(〒 -)			Tel ()	
学 歴	学 校 名	学部・学科・専攻		該当に○	在 学 期 間
				卒業 中退 卒業見込	年 月 ~ 年 月
				卒業 中退 卒業見込	年 月 ~ 年 月
				卒業 中退 卒業見込	年 月 ~ 年 月
				卒業 中退 卒業見込	年 月 ~ 年 月
				卒業 中退 卒業見込	年 月 ~ 年 月
職 歴	会 社 名	職 務 内 容			在 職 期 間
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
資 格 ・ 免 許	名 称	取得年月日	発 行 者	記 号 ・ 番 号	
上記のとおり相違ありません。					
令和 年 月 日		氏 名		印	

公益財団法人横浜市総合保健医療財団職員採用試験

受験票

試 験 区 分	受 験 番 号
看護師	※

ふりがな
氏 名

- 〈受験上の注意〉
- 1 ・試験日当日の開場は午前8時45分です。
 - ・午前9時10分までに着席してください。遅刻の場合は、受験できませんので注意してください。
 - ・試験日当日は、本票、鉛筆(HB)、ボールペン、プラスチック消しゴムを持参してください。
 - 2 試験会場には自家用車は入れません。
 - 3 新型コロナウイルス感染症などへの対応
 - (1)試験当日は感染予防のため、マスクの着用をお願いします。
 - (2)試験当日は、ご自宅を出る前に検温をしていただくようお願いいたします。発熱・かぜ症状等のある方は、当日の受験を控えていただくようお願いいたします。なお、欠席者向けの試験の再実施は予定しておりません。
 - (3)試験室は換気のため、適宜窓やドアなどを開けます。室温に対応できるよう服装には注意してください。

- 〈3月19日(土)の予定〉
- | | | |
|-------|---|------------------------|
| 9:10 | | 集合、書類記入他 |
| 9:20 | ～ | 10:20 小論文試験 |
| 10:40 | ～ | 面接試験(開始時刻は受験者ごとに異なります) |

面接試験カード

試験区分	受験番号	ふりがな		昭和・平成	年	月	日生
看護師	※	氏 名				(	歳)
・ 志望動機及び横浜市総合保健医療財団でやりたい仕事							
・ 自己紹介（私の人柄、長所、短所）							
・ 学生時代又は現在、仕事以外で活動していること				・ 趣味、好きなスポーツ			
・ 自らの健康管理で留意していること				・ 特技			
・ 最近関心を持った事柄、出来事（保健・医療・福祉に関して）							

※ 受験番号欄は記入しないでください