

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・作業療法士	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
- ・申込み時にはつけてください。
- ・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
				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・作業療法士	※

ふりがな
氏名

〈受験上の注意〉

- 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。
- 試験会場には自家用車は入れません。
- 新型コロナウイルス感染症などへの対応
 - 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。面接試験の際には受験者はマスクを外しての実施を予定していますので、ご了承ください。受験者と面接委員の間には、十分な距離を取ったうえ、アクリルボードを設置します。
 - 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。
 - 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クールビズでお越しく下さい。また、職員についてもクールビズ対応とさせていただきますので、ご理解くださいますようお願い申し上げます。

〈9月25日(日)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 (歳)
看護師 ・作業療法士	※	氏 名	
・ 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