**横浜市総合保健医療財団職員採用試験申込書**

(写真欄)

・5㎝ × 4㎝

・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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 試験区分(職種) | 介護福祉士 | 受験番号(記入不要) | **※** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　(　　　) |
| Ｅﾒｰﾙ | 　　　　　　　　　　　　@ |
| 学歴 | 学校名 | 学部・学科・専攻 | 該当に○ | 在学期間（和暦） |
|  |  | 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 | 該当に○ | 在職期間（和暦） |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
| 資格免許(取得見込を含む) | 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　　　　　　　　　　　　　 |

※Ａ４サイズ１ページに収まるよう枠内に入力してください。（手書きも可）

**面接試験カード**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  試験区分 |  受験番号 |  ふりがな 氏　名 |  | 昭和・平成　　　年　　月　　　日生　　　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 介護福祉士 |  ※ |
|  ・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） |

 　※Ａ４サイズ１ページに収まるよう枠内に入力してください。（手書きも可）

受験番号欄は入力（記入）しないでください。

**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**

介護福祉士

※

試　験　区　分

受　験　番　号

ふりがな

氏　名

〈受験上の注意〉

1 試験日時の１０分前までに当センター４階へお越しください。遅刻の場合は、受験できませんので注意してください。

２　試験日当日は、本票を持参してください。

３　試験会場には自家用車は入れません。

４　新型コロナウィ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。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。
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ご注意ください。

◆**あなたの面接試験日時は次のとおりです。**

面接試験日時

令和５年３月１１日(土)　 時 分

※指定時刻の１０分前までに当センター４階へお越しください。