明石市職員採用試験申込書

受付		ふりがな		性別	試験区分	受験番号
		名前		男・女	医師 （保健所勤務）	
生年月日	S・H　年　月　日 (西暦　年)	年齢　歳　※2020年4月1日現在				

現住所	〒 □□□－□□□□　TEL（　　）　－　［自宅・携帯］ （ふりがな） 写真 縦4cm×横3cm 申し込み前6ヶ月以内に撮影のもの	
連絡先	〒 □□□－□□□□　TEL（　　）　－　［自宅・携帯］ （ふりがな） 同上 ・ その他 （　　）	

学歴	学校	学部	学科	在学期間	修学年数等	
	中　学　校			自　年　月　日 至　年　月　日	3年	卒業
				自　年　月　日 至　年　月　日	年制	卒業 中退 卒業見込
				自　年　月　日 至　年　月　日	年制	卒業 中退 卒業見込
				自　年　月　日 至　年　月　日	年制	卒業 中退 卒業見込

職歴（新→旧）	勤務先 （最新のものを含め、新→旧の順でご記入ください。）	所在地	担当内容	在職期間	在職年数
				自　年　月　日 至　年　月　日	年　月
				自　年　月　日 至　年　月　日	年　月
				自　年　月　日 至　年　月　日	年　月
				自　年　月　日 至　年　月　日	年　月
				自　年　月　日 至　年　月　日	年　月

身体障害	有　・　無 (いずれかに○を記入)	種　級 部　位（　　）	上の「職歴」欄の（在職期間）のうち公衆衛生及び社会医学分野にかかる専門的業務の経験年数の合計	年　月

資格免許	名　称	取得年月日
	普通自動車運転免許	有　・　無 年　月　日
	医師免許【　免許登録番号　：　】	年　月　日
		年　月　日
		年　月　日

※勤務先が6つ以上ある場合は、1行を上下に分けて記入するか、コピーして記入してください。
※専門医や産業医等の資格を有する方は、「資格免許」の欄に記入してください。

受験番号	

自己PR	
志望動機	
職務において今までで、一番力を入れて取り組んできたことやもっとも苦労したこと	

本書の記載内容に相違ありません。

年　　月　　日　　名 前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※ 申込書記入にあたっての注意事項

1. 黒のボールペンで記入してください。（消せるボールペン不可。）
2. 受付、受験番号の欄以外、該当のある欄は全て記入してください。
3. 外国籍の人は、特別永住者証明書もしくは在留カードを提示していただくか、または在留資格が記載されている住民票の写しを提出してください。
4. 「職歴」欄は最新の勤務先から順に記入してください。
5. 「身体障害」の欄は有・無を〇で囲み、有の場合は該当箇所に記入してください。身体障害者手帳を提示いただく場合があります。

明石市職員採用試験　職務経験等報告書

名　前		受験番号	
		試験区分	医師（保健所勤務）

※ 職歴は、できるかぎり詳しく記入してください。
※ 紙面が、不足する場合は、コピーして記入してください。

職　歴
［職務内容ごとに期間を明記の上、時系列で整理し、ポスト名、そのポストでの具体的な業務内容や役割を記入してください。就職先の組織の規模（社員数等）も記入してください。］

※参考となる資料があれば、添付してください。

明石市職員採用試験　職務経験等アピールシート

名　前		受験番号	
		試験区分	医師（保健所勤務）

これまでの医師としての経験（研修医を含む。）又は社会人職務経験等を通して得た成果について、記入してください。

明石市において、特に取り組みたいことがあれば、記入してください。

点線に沿って切り取りの上、申込みください。

キ　リ　ト　リ

明石市職員採用試験

受　験　票

明石市総務局職員室

受験番号

試験区分
医師（保健所勤務）

ふりがな		男・女
名前		

写真

縦4㎝×横3㎝

申込以前6ヶ月以内に撮影のもの

キ　リ　ト　リ

≪受験票記入上の注意≫

（点線に沿って切り取りの上、申込みください。）

(1)受験番号は記入不要です。

(2)名前、ふりがなを記入し、性別に〇をつけてください。

(3)写真欄に指定サイズの写真を貼ってください。