

**平成30年度 障がい者を対象とする
宮崎県職員（医療系ソーシャルワーカー）選考採用試験
申込書**

注：受験番号欄は記入不要です。

写真貼付

- ・ 4 cm × 3 cm
- ・ 申込前2か月以内に撮影した脱帽、正面向きで、本人と明瞭に確認できるもの
- ・ 写真裏面に氏名を記入
- ・ カラー写真

試験区分	社会福祉士又は精神保健福祉士（医療系ソーシャルワーカー）	面接試験を受験する際の要望事項		
受験番号		1 手話通訳者を希望する ※いずれかに 2 補聴器を使用する ○をつけて 3 車イスを使用する ください 4 駐車場を必要とする（自動車でなければ試験会場に来られない人に限ります。） 5 上記以外（ ）		
ふりがな （自署） 氏名		男 ・ 女	生年月日・年齢（H31.4.1 現在） 昭和 平成 年 月 日生（満 歳）	
現住所	〒 — —		電話番号 — —	
その他連絡先	〒 — — ※現住所と同様の場合は記載不要		携帯電話番号 — —	
手帳記載事項	種類（いずれか一つを○で囲む）		交付機関	交付・再発行年月日
	① 身体障がい者手帳、又は指定医等の診断書等			※最新の日付 年 月 日
	② 療育手帳、又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書			
	③ 精神障害者保健福祉手帳 ※複数該当する場合でも、○は一つのみとしてください。			
障 害 名		級 別	交付番号	
※手帳等に記載がない場合は記入の必要はありません。				
学歴 （中学校以上）	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名		在 学 期 間
	中学校	—		年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
職 歴	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
資 格 ・ 免 許	年 月	社会福祉士資格	取得・取得見込	※いずれかに○をしてください。
	年 月	精神保健福祉士資格	取得・取得見込	※いずれかに○をしてください。
	年 月			
	年 月			

（注1）学歴・職歴については、できる限り空白期間がないように記入すること（専門学校の在学期間や在家期間等についても記入すること。）
 （注2）職歴については、会社（病院）名のみならず、所属部署（診療科等）まで記入すること。

面接カード

注：受験番号欄は記入不要です。

平成 年 月 日 現在

職 種	社会福祉士又は精神保健福祉士（医療系ソーシャルワーカー）	氏 名	ふりがな -----
受験番号		<input type="checkbox"/> 公立病院 (<input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> 大学附属病院 (<input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> 民間病院 (<input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他（上記以外の病院・会社・施設、大学等への進学予定） ()	
[他の試験の受験状況] <input type="checkbox"/> 右記試験を受ける（受けた） <input type="checkbox"/> 宮崎県職員採用試験のみ（理由）			
[志望動機]			
[課外活動（部活動、生徒会活動、スポーツなど）] ※中学校以後の活動を記載			
時 期	活動の内容	備考（務めた役職、公式戦での戦績、実績など）	
[ボランティア]		[趣味]	
[最近関心を持った事柄] ※医療・福祉分野に限らず、ニュースや身近な出来事など、何でも結構ですが、作文試験の内容と重複しないようにしてください。			
[自己PR] ※これまでの活動や業務経験（職務内容等）を踏まえて、自由にPRしてください。			

〔注〕 □については、該当するものにレ印をつけること。