

地方独立行政法人宮城県立病院機構職員採用試験 受験申込書

申込職種	受験番号
精神保健福祉士	

※受験番号欄は記入しないでください。

縦4cm×横3.5cmの脱帽、上半身、正面向きの写真を貼ってください。
※申込書作成日より3か月以内に撮影したもの

応募要件（以下のいずれかに○を付けてください）

<input type="checkbox"/>	① 平成2年4月2日以降に生まれた者で、当該職種（精神保健福祉士）に係る資格を有する者又は令和7年4月30日までに資格を取得する見込みの者
<input type="checkbox"/>	② 昭和40年4月2日以降に生まれた者で、精神保健福祉士の資格を有し、かつ精神保健福祉士としての職務経験が通算10年以上ある者（令和7年3月末までの見込を含む）

ふりがな	性別（○で囲む）
氏名	男 ・ 女

生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳（令和7年4月1日現在の年齢）
------	-------------	----	------------------

現住所・連絡先

ふりがな
(〒 -)
[電話] 自宅等 (- -) 携帯電話等 (- -)
電子メールアドレス (@)

郵送物送付先（上記現住所以外に受験票等の送付を希望する場合のみ記入してください。）

ふりがな
(〒 -)
[電話] (- -)

私は宮城県立病院機構職員採用試験を受験したいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

- 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- 地方独立行政法人宮城県立病院機構職員として懲戒解雇又は宮城県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

令和 年 月 日 氏名（自署）

学歴（高等学校から記入してください。）

在学期間	学校名	学部・学科名	卒業又は卒業見込 (○で囲む)
昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月			卒業・卒業見込
昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月			卒業・卒業見込
昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月			卒業・卒業見込
昭・平・令 年 月～昭・平・令 年 月			卒業・卒業見込

職歴（最終学歴卒業以降のものを記入し、無職の期間がある場合は「無職」と記入してください。）

在職期間	勤務先	役職・職務内容
平・令 年 月 日～平・令 年 月 日		
平・令 年 月 日～平・令 年 月 日		
平・令 年 月 日～平・令 年 月 日		
平・令 年 月 日～平・令 年 月 日		
平・令 年 月 日～平・令 年 月 日		
平・令 年 月 日～平・令 年 月 日		
職務経験通算期間（学校卒業後から令和7年3月末まで（見込を含む）の通算期間）		年 月

（注意事項）

- 勤務先が同じでも所属や職務が変わった場合は、別の行に記入してください。
- 欄が不足する場合は、この様式をコピーして記入してください。

資格・免許（受験職種に係る免許を有している方は、必ず記入してください。）

資格・免許の種類	取得年月日
	平・令 年 月 日

扶養家族数（配偶者を除く） 人
配偶者（○で囲む） 有 ・ 無
配偶者の扶養義務（○で囲む） 有 ・ 無

志望の動機

自己PR（自身の強み等）

（確認用署名欄）

令和 年 月 日 氏名 _____