

愛知県職員(認定遺伝カウンセラー)採用選考申込書

職 種					・記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。		写真添付欄 (脱帽、正面向、上半身、6か月以内に撮影したもの)
(フリガナ) 氏 名			生年 月 日	年 月 日	(性 意別)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
(フリガナ) 現 住 所	〒 -						
電 話			左記以外の電話番号				
メールアドレス(アドレスがある場合のみ)							

学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	現在(最終)			年 月 ~ 年 月
その前			年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込 在籍・中退

  

職 歴 (ある場合に記入)	勤務先(部署名まで詳しく)	職務内容(役職・業務内容など詳しく)	在職期間
	現在(最終)		年 月 ~ 年 月
	その前		年 月 ~ 年 月
	その前		年 月 ~ 年 月

資 格 免 許	受験資格に必要な資格・免許		その他職務に関連する資格・免許
	資格・免許の種類	取得日	
		年 月 取得済 取得予定	

自覚している性格		趣 味 特 技	
----------	--	------------	--

○あなたががんセンター病院を志望した理由について記載してください。


○自己PR(今後チャレンジしてみたい仕事など)について記載してください。


**記入例** 愛知県職員(認定遺伝カウンセラー)採用選考申込書

職 種	認定遺伝カウンセラー		・記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。	
(フリガナ)	〇〇〇〇 × × × ×		生年 月 日	〇〇〇〇年 × 月 △日 (来年4月1日の年齢)満 歳
氏 名	〇〇 × ×			
(フリガナ)	〒460-8501 アイトナゴヤシナカクサンマル 3チヨウメイバン2コウ			
現住所	愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号			
	電 話	052-954-6314	左記以外の電話番号	090-〇〇〇〇-××××
	メールアドレス(アドレスがある場合のみ)			

写真添付欄  
(脱帽、正面向、上半身、6か月以内に撮影したもの)

学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	現在(最終)	△△△△大学大学院	医学研究科 修士課程 遺伝カウンセリングコース	2023年 4月～ 2025年 3月
その前	〇〇△△大学	医学部保健学科	2019年 4月～ 2023年 3月	<b>卒業</b> ・卒業見込 在籍・中退
職 歴 (ある場合に記入)	勤務先(部署名まで詳しく)	職務内容(役職・業務内容など詳しく)		在職期間
	現在(最終)			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
その前			年 月～ 年 月	

資 格 免 許	受験資格に必要な資格・免許		その他職務に関連する資格・免許
	資格・免許の種類	取得日	
	認定遺伝カウンセラー	2025年11月	<b>取得済</b> <b>取得予定</b>

自覚している性格	粘り強く最後まであきらめずに取り組むことができる。 やや消極的なところがある。 思慮深くない部分がある。	趣 味 ・ 特 技	スポーツ観賞、読書
----------	--	-----------------	-----------

○あなたががんセンター病院を志望した理由について記載してください。

<b>必ず記入してください</b>
-------------------

○自己PR(今後チャレンジしてみたい仕事など)について記載してください。

<b>必ず記入してください</b>
-------------------