

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。	
(フリガナ) 氏 名	生年 月 日	年 月 日	(任 性 意 別)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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) 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	
--------------	--	-----------------	--

配属 希望	がんセンター病院または医療療育総合センターのうち配属希望を第1希望から第2希望まで記入してください。	
	第1希望	第2希望

○あなたが県立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 アイチケンゴヤシナカクサンマル 3チョウメ1バン2ゴウ			
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	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	
	認定遺伝カウンセラー	2027年11月	取得済 取得予定

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
----------	--	-----------------	-----------

配属希望	がんセンター病院または医療療育総合センターのうち配属希望を第1希望から第2希望まで記入してください。	
	第1希望 がんセンター病院	第2希望 医療療育総合センター

○あなたが県立病院を志望した理由について記載してください。

必ず記入してください

○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。

必ず記入してください
