

問 診 表

氏名:	年 月 日生(歳) 男・女
応募職種:	身長: cm 体重 kg

現 病 歴	該当する項目を 囲んで下さい。		「発症した年」、「疾病名」などご記入下さい。 継続的治療や検診が必要な現病歴を記載して下さい。 完治した病歴(既往歴)は「なし」を囲んで下さい。
胃 腸 の 病 気	あり	なし	
心 臓 の 病 気	あり	なし	
肝 臓 の 病 気	あり	なし	
血 液 の 病 気	あり	なし	
目 ・ 耳 の 病 気	あり	なし	
筋 骨 格 系 の 病 気	あり	なし	
呼 吸 器 系 の 病 気	あり	なし	
神 経 痛 などの病 気	あり	なし	
脳 卒 中 などの病 気	あり	なし	
血 圧 の 異 常 など	あり	なし	
痛風・尿酸値の異常など	あり	なし	
糖尿病・血糖値の異常など	あり	なし	
その他の病気・障害など	あり	なし	ありとお答えの場合、病名若しくは障害の程度など ()
定期的に健康診断を受け ていますか	はい	いいえ	はいとお答えの場合、どちらで受けていますか ()
現在服薬していますか	はい	いいえ	はいとお答えの場合、処方薬の名前 ()
現在通院していますか	はい	いいえ	はいとお答えの場合、病名 ()
現在喫煙していますか。	はい	いいえ	はいとお答えの場合、喫煙歴 ()

上記記載に相違ありません。 年 月 日

氏名 印

※「問診表」による健康情報は、雇入れた際における適性配置、入職後の健康管理に役立てるために実施するものであり、応募者の採否を決定するために実施するものではありません。

山梨勤労者医療協会
職員採用試験受験申込書

エントリーシート

氏名：.....

年 月 日

下記により貴協会の職員採用試験の受験を申し込みます。

ふりがな		性別
氏名	⑩	男・女
生年月日	年 月 日生（ 歳）	
応募職種		
取得予定資格		
学校名		
現住所	〒 ー	
電話番号		
合格通知の送付先	〒 ー	

公益社団法人 山梨勤労者医療協会

1. 山梨勤労者医療協会への志望動機を述べてください。

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. あなたが医療・介護の仕事を目指した理由は何ですか。

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. あなたは将来、どのような（分野など）仕事をしたいですか。

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. 学生時代に授業・勉強以外に力を注いだこと（スポーツ・文化サークル活動など）は何ですか。

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. あなたの強みは何ですか。それを仕事にどのように生かしていきたいですか。

.....
.....
.....
.....
.....
.....

履 歴 書

(西暦)年 月 日現在

ふりがな 氏名		男・女	写真 単身胸から上
		㊟	
生年月日 (西暦)年 月 日生(満 才)			
ふりがな 現住所〒		電話番号	
ふりがな 連絡先または帰省先〒		(現住所以外に連絡を希望する場合に記入) 電話番号(携帯)	
年(西暦)	月	学歴(入学年月・卒業年月を記入。専修学校・専門学校は学部・修学年限を記入)	

職 歴(入職年月・退職年月、仕事の内容等を記入)					
年(西暦)	月	事業所名	所在地(都道府県)	就労形態	仕事の内容
				正・臨・派	
				正・臨・派	
				正・臨・派	
				正・臨・派	
				正・臨・派	
				正・臨・派	
				正・臨・派	
				正・臨・派	
				正・臨・派	
				正・臨・派	

注①就労形態:正＝正職員、臨＝臨時職員、派＝派遣職員。 従事していた業務内容を「仕事の内容」欄に記載して下さい。
注②正職員以外の就労形態の場合は勤務時間を「仕事の内容」欄に記載して下さい。

得意の学科・及び研究課題
得意のスポーツ・文化活動
趣味・特技
民医連諸行事参加、ボランティア活動参加

免許・資格名称(応募職種の資格取得予定も記入)	取得年月日(西暦)	交付年月日(西暦)
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日

本人希望記入欄(参考にしますので勤務地、その他希望などがあれば記入)
