

(令和 年 月 日現在)

願 書

フリガナ				写真貼付 1. 縦40mm 2. 横30mm 3. 本人単身、胸から上 4. 撮影後3ヶ月以内
氏 名	印			
生年月日	※ 昭和 年 月 日生 (満 歳)	性別	※ 男・女	

フリガナ			
現 住 所	〒		
電 話 番 号 (携 帯)	— —	電 話 番 号 (そ の 他)	— —
メールアドレス	@		
連絡先住所	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) (様方)		

職 種	心理療法士
-----	-------

年	月	日	資格・免許等(希望する職種に関係するものに限る)

年	月	日	学歴・職歴・賞罰・その他免許、資格等(各項目別にまとめて記入すること)

記入上の注意

1. 文字は楷書、数字はアラビア数字で黒インクまたは青インクの筆記具を用いて、自筆で正確に記入してください

2. 氏名は、戸籍謄本に記載されたものと同じ文字で記入してください。

3. 学歴は高校から(義務教育課程以外の部分)記入してください。

4. 年号は和暦で記載してください。

5. ※ 印欄は該当するものを○で囲んでください。

〈独立行政法人国立病院機構九州がんセンター〉

氏 名

1. 専門とする職業に対する考え方をお書きください。

2. 国立病院機構を志望する動機をお書きください。

3. あなた自身のPR(性格、特技、趣味、得意学科 等)をお書きください。

扶養家族(配偶者を除く)

配偶者

※ 有 無

配偶者の扶養義務

※ 有 無