

令和8年度 仙台市職員（医療ソーシャルワーカー）採用選考受験申込書

フリガナ			生 年 月 日		※受験番号
氏 名			昭・平 年 月 日生		写 真 欄 次のような写真を裏全面にのりをつけてこの欄に貼ってください。 ・申込前の6か月以内の撮影 ・縦4cm、横3cm ・脱帽、上半身、正面向き ・写真の裏に氏名を書くこと
国 籍	1. 日本国籍 2. 外国籍（永住者又は特別永住者）				
□現住所	〒 ー				
□現住所 以外の 連絡先	〒 ー				
電話番号	() ー				
	※上記以外の連絡先 () ー 連絡先名：				
免許・資格	社会福祉士 平成・令和 年 月 済 ・ 見込				
学 歴	学 校 名	学部・学科	在 学 期 間		卒 業 ・ 卒 業 見 込 等
	最終（現在）		年 月から 年 月まで		卒 ・ () 学年在学中 卒見 ・ () 学年中退
	その前		年 月から 年 月まで		卒 ・ () 学年中退
	その前		年 月から 年 月まで		卒 ・ () 学年中退
職 歴	勤 務 先	勤務内容	所 在 地		在 職 期 間
	最終（現在）				年 月から 年 月まで
	その前				年 月から 年 月まで
	その前				年 月から 年 月まで
志望動機					

（切り離してはいけません）

85 円
切
手
貼
付

郵便はがき

-

住所

(様方)

氏名

様

(差 出 人) 仙 台 市 立 病 院 総 務 課
〒982-8502 仙台市太白区あすと長町一丁目1番1号
電話 022 (308) 7198 (直通)

仙台市職員採用選考

受 験 票

選考の種類	医療ソーシャルワーカー	受験番号
日時	令和8年8月15日（土）13時30分までに集合	
会場	仙台市立病院 3階会議室	

申込にあたっての注意

○ 申込書に虚偽の記載があった場合には、選考に合格しても採用される資格を失うことがあります。

記入にあたっての注意

○ 写真の裏に氏名を書いてください。

○ 申込の際、上記の受験票に郵便番号、住所、氏名を忘れずに記入し、85円切手を貼付してください。

（裏面に続く）

注意事項

- 考查当日は、表記の時刻までに集合してください。遅れた人は、原則として受験できません。
- 受験の際には、この受験票と筆記用具（HBの鉛筆数本（シャープペンシル可）・消しゴム）、時計（計時機能だけのものに限る。）を持参してください。
- 当院の駐車場は利用可能（有料）ですが、台数に限りがあります。また、近隣の商業施設等への駐車や、会場付近への送迎のための路上駐車は絶対にしないでください。
- 考查時間中は、携帯電話・スマートフォン・ウェアラブル端末等の使用は固く禁止します（時計の代わりに使用することも認めません。）。使用を確認した場合は、失格となることがあります。

〔仙台市立病院からの通信欄〕

仙台市立病院

氏 名

学生時代やこれまでの職業生活において特に力を入れて取り組んだ事柄や成果をあげた事柄

	長所
--	----

格	短所
---	----

趣味·特技

検定・免許・資格（名称と取得（見込）年月）

あなたが考える地方公務員像

自己PR

他の就職試験
の受験状況
(予定も含む)

受験先又は試験名

受験年月日

合・否

年 月 日

年 月 日

私は、仙台市職員採用選考案内の記載内容を了承のうえ、同選考を受験したいので申し込みます。
なお、私は、選考案内に掲げる受験資格をすべて満たしており、地方公務員法第 16 条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。

令和 年 月 日

氏名 _____

注) 日付及び氏名は必ず自署してください。

(参考) 地方公務員法第 16 条 (一部抜粋)

- ・拘禁刑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
- ・仙台市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
- ・日本国憲法施行の日以後において、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

この申込書の記載事項は、職員採用選考、選考結果の分析、今後の効果的な募集活動の検討のために用いるものです。