

面 接 カ ー ド

試験区分	受 験 番 号	(ふりがな) 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日生 平成 令和 8 年 4 月 1 日現在 (満 歳)	
	公衆衛生医師					
現 住 所				国 籍	☐ 日本国籍	
最終 学歴	学 校 名	学部名・学科名		在 学 期 間		
				年 月 から 卒・卒見 年 月 まで 中退・在		
職 歴	勤 務 先	職 務 内 容		在 職 期 間		退 職 理 由
				年 月 ～ 年 月		
				年 月 ～ 年 月		
				年 月 ～ 年 月		
				年 月 ～ 年 月		
免許 ・ 資格	名 称		取 得 又 は 取 得 見 込 み 年 月 日			
			年 月 日 取得・取得見込			
			年 月 日 取得・取得見込			
			年 月 日 取得・取得見込			
受験の動機						
徳島県（又は徳島の行政）について感じる事						
自分の性格（長所・短所等）						
あなたの趣味や特技について						
最近関心を引かれたことや印象に残っていること						

記入要領

- (1) 黒インク、黒ボールペンを使用し、自筆で記入してください。
- (2) 受験番号欄は記入しないでください。
- (3) 在学期間、在職期間及び免許・資格の取得年月日等は和暦（昭和・平成・令和）で記入してください。