



# プレビュー 豊橋市民病院 労務職員採用候補者試験（令和7年度新規採用 介護福祉士（第3回））

豊橋市民病院 労務職員採用候補者試験（令和7年度新規採用 介護福祉士（第3回））

## 【採用試験において配慮すべき事項について】

障害のある方は以下の項目にご回答ください。

試験において配慮すべき事項について記入してください。

(例) 当日は車いすを使用します。  
難聴のため、面接時は筆談をお願いします。 など

## 顔写真 **必須**

顔写真のデータを添付してください。

※データ形式はJPG・JPEG・PNG・GIFのいずれかで、5MB以内とすること。  
《縦560px(ピクセル)×横420px(ピクセル)を推奨》

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

削除

## 写真撮影日 **必須**

申込日の6か月以内に撮影したもの

 年  月  日

## 氏名 **必須**

氏:  名:

## 氏名（フリガナ） **必須**

氏  名

## 性別

- 男  
 女

選択解除

## 生年月日 **必須**

 年  月  日

## 令和7年4月1日時点の年齢 **必須**

令和7年4月1日時点の年齢を記入して下さい。

満  歳

## 国籍（外国籍の方のみ）

現住所（郵便番号） **必須**

郵便番号

住所検索

現住所 **必須**

書類送付先となる住所を記入してください。  
(都道府県・市町村・地名・番地)

住所

## 現住所（建物名・号室）を入力してください。

## 上記以外の連絡先住所（郵便番号）

現住所以外の連絡先があれば記入してください

郵便番号

住所検索

## 上記以外の連絡先住所

住所

## 上記以外の連絡先住所（建物名・号室）を入力してください。

電話番号（1） **必須**

ご自身の携帯番号を記載してください。

電話番号

## 電話番号（2）

その他、連絡先があれば記載してください。

電話番号

メールアドレス **必須**

メールアドレス

採用職種養成学校への入学について **必須**

採用職種養成学校へ特定の地域で就職をすることを条件に、奨学金等を借りるなどして入学をしているかどうかの質問です。  
※該当がなければ「地域枠でない」を選択してください。

選択してください



## 学歴

高等学校以上の情報を入力してください。※高等学校含む

## 【最終学歴】

学校名 **必須**

## 学部

学科

在籍期間（始期） **必須** 年  月  日在籍期間（終期） **必須** 年  月  日区分 **必須** ▼

## 【最終学歴前の学歴】

学校名

学部

学科

在籍期間（始期）

 年  月  日

在籍期間（終期）

 年  月  日

区分

 ▼

## 【その前の学歴】

学校名

学部

学科

在籍期間（始期）

年
 
 月
 
 日

在籍期間（終期）

年
 
 月
 
 日

区分

職歴

直近の職歴から順番に記入してください。

【職歴 1】

勤務先名称

職務内容

(25文字以内)

所在地

所在地は市町村までを記入してください。  
(例) 愛知県豊橋市

在職期間（始期）

年
 
 月
 
 日

在職期間（終期）

年
 
 月
 
 日

区分

【職歴 2】

勤務先名称

職務内容

(25文字以内)

所在地

所在地は市町村までを記入してください。  
(例) 愛知県豊橋市

在職期間（始期）

  年  月  日

在職期間（終期）

  年  月  日

区分

【職歴 3】

勤務先名称

職務内容

(25文字以内)

所在地

所在地は市町村までを記入してください。  
(例) 愛知県豊橋市

在職期間（始期）

  年  月  日

在職期間（終期）

  年  月  日

区分

【職歴 4】

勤務先名称

職務内容

(25文字以内)

所在地

所在地は市町村までを記入してください。  
(例) 愛知県豊橋市

在職期間（始期）

年月日 input fields

在職期間（終期）

年月日 input fields

区分

選択してください dropdown

普通自動車免許証について

普通自動車運転免許の有無（中型免許も含む） 必須

選択してください dropdown

普通自動車免許取得（見込）年月日 選択肢の結果によって入力条件が変わります

年月日 input fields

資格（免許）について

ご自身が保有（取得見込み）の主な資格（免許）を記載してください。（最大4つまで）
※ 申込要件となる資格については必ず記入してください。

採用職種資格（免許） 必須

採用職種の資格（免許）を記載してください。

Text input field for qualification

採用職種資格（免許）取得（見込）年月日 必須

年月日 input fields

その他の資格・免許 1

Text input field for qualification

資格（免許）取得（見込）年月日 1

年月日 input fields

その他の資格・免許 2

Text input field for qualification

資格（免許）取得（見込）年月日 2

年月日 input fields

その他の資格・免許 3

取得済（または取得見込）

資格（免許）取得（見込）年月日3

年 月 日

趣味・特技 **必須**

※システムの都合上、簡条書きで5つまで

入力文字数：0/ 50

自覚している性格 **必須**

100文字以内  
※システムの都合上、改行は1回までとしてください。

入力文字数：0/ 100

志望理由 **必須**

数ある病院、医療施設の中で、なぜ豊橋市民病院で働きたいのか、あなた自身の理由を記入してください。（400文字以内）  
※システムの都合上、改行は3回までとしてください。

入力文字数：0/ 400

自己PR **必須**

これだけは他人に負けないと思う部分を分析し、理由をつけて説明してください。（400文字以内）  
※システムの都合上、改行は3回までとしてください。

入力文字数：0/ 400

欠格条項の確認 **必須**

私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しません。

### 準禁治産の宣告について **必須**

私は、平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けていません。（心神耗弱を原因とするもの以外）

### 入力事項の確認 **必須**

この申込みのすべての入力事項に相違ありません

閉じる

【システム操作に関するお問い合わせ先（コールセンター）】

TEL: 0120-464-119（フリーダイヤル）  
携帯電話を御利用の場合は TEL: 0570-041-001（ナビダイヤル）  
（平日 9:00～17:00 年末年始除く）  
FAX: 06-6455-3268

電子メール: [help-shinsei-aichi@s-kantan.com](mailto:help-shinsei-aichi@s-kantan.com)

（迷惑メール対策等を行っている場合には、[help-shinsei-aichi@s-kantan.com](mailto:help-shinsei-aichi@s-kantan.com)からのメール受信が可能な設定に変更してください。）

【各手続き等の内容に関するお問い合わせ先】  
直接担当課にお問い合わせください。