**令和５年度静岡市職員（歯科医師）採用選考受験申込書**

写真貼付

3.0cm×4.0cm

正面・上半身・脱帽で提出日前6か月以内に撮影のもの

【注】

記入にあたっては黒インク又は黒ボールペンを用い、正確に書いてください。

該当のない事項は「なし」と記入してください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります｡

※印は記入不要

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 | （令和　　　年　　　月　　　日現在）　 |
| 申込者 | ふりがな | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 |
|  |
| 学　　歴（高校以上の学歴を順次記入） | 　　　　　　　　高校　　　　　　　　　　科 | 昭・平 　 　年　　月　入学 |
| 昭・平　 　年　　月　卒業 |
| 　　　　　　　　　＜短大・高専科　　　　　　　　　　専門学校＞ | 昭・平　　 年　　月　入学 |
| 昭・平　　 年　　月 卒業 |
| 　　　　　大学　　　　学部　　　　学科 | 昭・平・令　　 年　　月　入学 |
| 昭・平・令　　 年　　月 卒 |
| 大学大学院　　　　　研究科　　　　　　　専攻 | 昭・平・令　 年　　月　入学 |
| 昭・平・令　　 年　 月 修・修見込 |
| 住　　所 | 現住所 | 〒 |
| ℡ |
| 合格通知等の送付先（上記と同じ場合は記入不要） | 〒 |
| ℡ |
| E-mail:  | 緊急時の℡　　　　　　　　　　 |
| 国籍 | 日本国籍　・　その他＜　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞ |
| 職　　歴 | 勤務先 | 役職名 | 職務内容 | 雇用形態 | 期間 |
|  |  |  |  | 　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 |
| 免許・資格・臨床経験 | 資格等の名称、種類、取得年月日について記入してください。　**歯科医師免許**　　　　　　　　　　　　　　　　昭・平・令　　　年　　月　　日　取得・取得見込　運転免許　原付・普通・その他（　　　　　　）昭・平・令　　　年　　月　　日　取得学会の経歴等について☑を記入してください。・**日本障害者歯科学会　　　　　□所属　□認定医　□認定医指導医　□専門医　□専門医指導医**・日本小児歯科学会　　　　　　□所属　　　□認定医　　　□専門医　　　□指導医・日本歯科麻酔学会　　　　　　□所属　　　□認定医　　　□専門医　　　□指導医・日本歯周病学会　　　　　　　□所属　　　□認定医　　　□専門医　　　□指導医・その他（　　　　　　　学会）□所属　　　□認定医等その他の資格について記入してください直近３カ月間の臨床歯科治療経験の延べ件数を教えてください。・歯髄処置（　　件）・歯周病処置（　　件）・欠損補綴処置（　　件）・歯冠修復処置（　　件）・笑気鎮静法下での処置（　　件）・静脈内鎮静法下での処置（　　件）・全身麻酔下での処置（　　件） |
| **受験の動機** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 性　　格 | 自分で長所だと思う点 | 自分で短所だと思う点 |
| そ　の　他 | 1. 特にアピールしたい点があれば記載してください。
2. これまで医療従事者に対して指導経験がある方は記載してください。

③　これまでに歯科診療所等の運営の経験がある方は記載してください。 |
| 私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しておりません｡また、この申込書の全ての記載事項は事実と相違ありません。令和　　　年　　　月　　　日（申込書記入日）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）　　　　 |

（注）記入された個人情報は、採用選考に関してのみ使用いたします。