

面 接 カ ー ド

(受験日現在)

記 入 注 意

1 必ず本人が自筆すること。

2 該当のない場合は「なし」と記入すること。

3 男・女、1、2・・・などで区分している項目は該当するものを○で囲むこと。

試験区分														
職 種	視能訓練士	ふりがな 氏 名				男・女 ※任意	この試験以外 の官公庁又は 病院等の採用 試験		1 受験しない	官公庁名 (病院名)				
受験番号		(生年月日)	(昭和・平成 年 月 日生)			令和8年4月1日 (満 歳)	2 受験する(した)		合 否					
現 住 所	〒													
帰省先又は 現住所以外の 連絡場所	〒													
学 歴	大学、高校等の別、学部、学科名		在 学 期 間		卒業(見込)等の別		志 望 順 位 (本学を含む)							
	最終		年 月 ～ 年 月											
	その前		年 月 ～ 年 月											
	その前		年 月 ～ 年 月											
職 歴	勤務先(職種)		所 在 地		在 職 期 間		印象に残った 体験又は感動 した体験							
	最終				年 月 ～ 年 月									
	その前				年 月 ～ 年 月									
	その前				年 月 ～ 年 月									
趣 味 特 技												京都府立医科大学 附属北部医療 センターを志望する 理由		
資 格						本人の健康状態								
視能訓練士免許(いずれかに○をつける) 有 ・ 取得見込み		現在の 健 康 状 態		ア きわめて良好										
				イ 普通										
所属クラブ等 (高校以降の期間、クラブ内の役職、成績等)						ウ あまり無理できない				自己PR				