受付日付印
※

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構　職員採用試験

面　接　カ　ー　ド

（注）※印欄を除くすべての欄に青又は黒インクを用い記入してください。

応募職種	受験番号※	ふりがな 氏名 昭和･平成　　年　　月　　日生　（満　　歳）

1　最近関心を持った事柄、関心を持った理由、それに対するあなたの考え

2　山形県・酒田市病院機構職員を志望する理由、職員としてやってみたい仕事

３　自分の長所及び短所

４　あなたが、興味をもって取り組んだことについて（※現在、過去に関わらず取り組んだ理由、内容、成果、苦労した点、その経験から得たことなど、できる限り具体的に詳しく記載してください。）