「東京都保健師業務説明会」参加申込書

◆申込み方法：以下の必要事項を記入し、FAX又はメールでお申し込みください。

※　メールでお申込みの際は、必要事項をメール本文に直接入力し、送信してください。

◆申込み期限：平成３０年７月２５日（水）

◆申　込　先：東京都福祉保健局総務部職員課人事担当

（ＦＡＸ）０３－５３８８－１４００

（メール）S0000191@section.metro.tokyo.jp

◆必 要 事 項

住　　所	
氏　　名	
連 絡 先 （電話番号）	

（以下１～４について、該当する番号に〇を付けてください。）

１　現職　　※（　）内の該当事項にも〇を付けてください。なお、②～④は常勤・非常勤・パート等の雇用形態を問いません。

①　学生　（　大学生　・　専門学校生　・　その他　）

②　保健師　（　都道府県　・　区市町村　・　病院　・　企業　・　その他　）

③　看護師　（　都道府県　・　区市町村　・　病院　・　企業　・　その他　）

④　その他　（　　）

２　参加動機

①　平成３０年度東京都保健師採用試験を受験する予定である。

②　将来的に東京都保健師を希望している。

③　参考までに

④　その他　（　　）

３　この説明会をどこで知りましたか。（複数回答可）

①　ナースプラザ　②　ハローワーク　③　ホームページ

④　学校の掲示　⑤　出身校の先生　⑥　実習先

⑦　友人・知人　⑧　専門誌（雑誌名：　　）

⑨　その他（　　）

４　大学生・大学院生（修士課程）を対象に実施している「都庁インターンシップ2018」の申し込みをしていますか。

①　はい　②　いいえ

５　東京都の保健師について知りたいこと、先輩保健師に聞きたいことをご記入ください。

〔　　〕