|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **船橋市職員（公衆衛生医師）選考申込書** | 受付番号 | ※ |

|  |
| --- |
| **■ 志望動機及び自己PR**（「医師としての知識や職務において得た経験をどのように船橋市の公衆衛生行政に活かしていこうと考えるか」についても交えて記入をしてください） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **■ 「公衆衛生業務における医師としての役割」について考えを記入してください。** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※欄は記入しないでください。

※必要に応じて枠を増やして記入してください。