

ふりがな		生年月日	年	月	日（ 歳）
氏名		連絡先	-	-	-

■これまでの学生生活を振り返り、どういったことに打ち込み、又は興味を示して取り組んできましたか。

※既卒者の方は、当時を振り返って記載してください。


■福祉の仕事を志望するにあたって、あなた自身、何を学んでいきたいと考えていますか。若しくは、どのようにスキルアップを図っていききたいと考えていますか。


■好きな言葉（座右の銘）とその理由を書いてください。


## 職員採用における個人情報の取扱いに関する同意書

社会福祉法人つどいの家

社会福祉法人つどいの家は、職員採用業務にあたり貴殿よりご提供いただく個人情報について、以下のとおり安全に管理いたします。つきましては、以下の事項をご理解の上、本紙下段の同意欄に日付、ご署名及びご捺印願います。

### 1. 個人情報の定義

個人情報の保護に関する法律に規定する「個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により、特定の個人を識別することができるもの」をいいます。

### 2. 利用目的

貴殿よりお預かりした個人情報は、採用試験の実施、採否判定及びそのために必要な連絡、採用決定時の手続き及びそのために必要な連絡の範囲でのみ利用いたします。

### 3. 特定の機微な個人情報

採用後の適正な配置を行うため、健康診断書の写しを取得し、利用することがあります。また、障害者雇用促進法に基づく障害者雇用のために、障害者手帳の写しを取得し、利用することがあります。

### 4. 第三者提供及び外部委託

法令で定められている場合を除き、貴殿からの同意を得ずに当法人以外の第三者への上記個人情報の提供はいたしません。また、貴殿からお預かりした全ての個人情報は当法人役職員及び当法人選任の産業医のみが利用し、外部委託されることはありません。

### 5. 個人情報の開示等の請求手続き

貴殿よりお預かりした個人情報について、利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止、消去および第三者への提供の停止を希望される場合には、手続きに従って対応いたします。但し、個々の採用・評価結果に関する情報の開示には応じかねますので、予めご了承ください。

### 6. 個人情報の提供の任意性と制限事項

個人情報の提供は、貴殿の任意により行われるものとします。但し、採用判断に必要な個人情報を提供いただけない場合は、採用の是非を判断いたしかねますのでご了承ください。

### 7. その他留意事項

不採用になった場合は、お預かりした全ての個人情報は、安全な方法で廃棄処分いたします。

社会福祉法人つどいの家

理事長 下郡山和子 様

私は、上記個人情報の取扱い内容を確認の上、自身の個人情報を貴法人に提供し、貴法人がこれを取り扱うことに同意いたします。

同意日 年 月 日

氏名 印

#### 【本件に関する問い合わせ先・開示等請求先】

社会福祉法人つどいの家 法人事務局（採用担当）総務部長 佐藤

TEL：022(781)1571 E-mail：honbu@tsudoioie.or.jp

## 健康状態（病歴等）に関する申告書

貴法人への入職を希望するにあたり、過去の病歴並びに現在の健康状態を下記のとおり申告いたします。

なお、貴法人が職員選考に際して、この告知書により健康状態を確認されますことに関し、何ら異議申し立てを行わないこと、および万一入職後に事実と異なる虚偽の記載が判明した場合は、採用を取消されても異議申し立てを行わないことを誓約します。

### 記

1 今日までの主な既往症を記載して下さい。	
2 過去において、病気や怪我で通院又は入院したことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名等： )
3 常時服用している薬はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )
4-1 前勤務先での過去1年間の病気による欠勤（年次有給休暇を含む）はどの位ですか。 ※前職がある方のみ	_____日位
4-2 その病名は何ですか。	
5-1 過去、定期健診等で異常を指摘されたことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
5-2 ある場合、その理由と結果は何ですか。	
6-1 過去、うつ病などの精神的な病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
6-2 ある場合は、その時期と現在の状況はどうですか。	
7-1 腰痛・強度の肩こり・腱鞘炎など介護面で不安な症状はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(症状： )
8-1 最近、健康面で気にかかることはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )
9 体調維持のため、日頃から心掛けていることはありますか	
10 その他健康状態について、事前に告知しておくことはありますか。	

※この健康に関する申告書は、当法人への職員選考の参考資料とする以外は、他に流用いたしません。

社会福祉法人つどいの家

理事長 下郡山 和子 様

私の健康状態は、上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所

氏 名

印