

面接カード

千葉県人事委員会

試験職種	警察官A(男性・女性)	受験番号		ふりがな		年齢	
	警察官B(男性・女性)			氏名		(4.1現在)	
学歴 (最近のものから順に3つ記入してください。)	学校名	学部学科名	学校所在地	期間		卒業区分	
			都・道府・県	H・R	年 月～ H・R 年 月	卒業・卒業見込・中退	
			都・道府・県	H・R	年 月～ H・R 年 月	卒業・卒業見込・中退	
			都・道府・県	H・R	年 月～ H・R 年 月	卒業・卒業見込・中退	

1 受験の動機等について書いてください。

警察官についてのイメージ・やりがい

千葉県警察官志望の動機・理由

警察官としての抱負(採用された場合どのような仕事をしてみたいか、興味をもっているか)

2 あなたの学校生活について書いてください。

A区分受験者は卒論テーマまたは所属ゼミの研究テーマ
B区分受験者は好きな学科・理由、嫌いな学科・理由

加入した部活動・サークル活動・クラブ活動

中学校:
高校:
大学:
社会人:

学生時代に打ち込んだこと(具体的に)

中学校からも含めてこれまで経験した役員・委員等

中学校:
高校:
大学:

3 就職活動の状況(今年度の内容について記入してください)

受験した(予定の)職種 〈例〉〇〇県警察官A 〇〇県警察事務初級 等	結果及び予定 〈例〉1次合格(不合格), 2次受験,最終合格 内定 等	志望 順位	受験した(予定の)職種 〈例〉国家一般職 〇〇大学進学 等	結果及び予定 〈例〉1次合格(不合格), 2次受験,最終合格 内定 等	志望 順位
◇地方公務員			◇国家公務員		
[千葉県警察官]			[]		
[]			[]		
[]			[]		
[]			◇民間・進学・その他		
[]			[]		
[]			[]		

4 あなたの性格および友人関係について書いてください。

あなたが考える自分の性格	長所		友人との思い出
	短所		

5 趣味・志向

趣味等		スポーツ	自分でするもの	特技等	具体的に
			見に行くもの		

最近関心をもったことがら	最近読んで特に印象深かったものがあればその書名	1 2 3
--------------	-------------------------	-------------

6 これまでの職務経歴(最近のものから順に書いてください。雇用の形態、退職理由は該当を○で囲んでください。)

勤務先名	雇用の形態	職務内容	所在地	在職期間	退職理由
	正社員・派遣・アルバイト その他()		都・道 府・県	H・R 年 月 ～ 年 月	進学・就職・健康上の理由・転居 その他()
	正社員・派遣・アルバイト その他()		都・道 府・県	H・R 年 月 ～ 年 月	進学・就職・健康上の理由・転居 その他()
	正社員・派遣・アルバイト その他()		都・道 府・県	H・R 年 月 ～ 年 月	進学・就職・健康上の理由・転居 その他()
	正社員・派遣・アルバイト その他()		都・道 府・県	H・R 年 月 ～ 年 月	進学・就職・健康上の理由・転居 その他()
	正社員・派遣・アルバイト その他()		都・道 府・県	H・R 年 月 ～ 年 月	進学・就職・健康上の理由・転居 その他()

7 自動車運転免許証の有無(現在所持している場合は記載してください)

(免許種別) ※取得している免許を○で囲んでください。 大型・中型・準中型・普通・大自二・普自二・原付 (その他:)	(交付年月日) H・R 年 月 日	(交付機関) 都・道 府・県 公安委員会
---	----------------------	----------------------------

8 健康状態について書いてください。(口内にはレ印をつけてください。)

いま(現在の)健康状態 注)現在、病気や怪我で通院中(定期的な検査を含む。)の場合は、この欄にその状況を記入してください。 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気・怪我をしている (病名または症状:) その時期 年 月頃 / その期間 日程度	これまで(過去)に、病気による入院または半月以上の通院(定期的な検査を含む。)をしたことがありますか。 注)風邪やインフルエンザ、胃腸炎、虫歯などの軽微なものは記入不要です。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名または症状:) その時期 年 月頃 / その期間 日程度
これまで(過去)に、怪我による入院または半月以上の通院(定期的な検査を含む。)をしたことがありますか。 注)ねんざや打撲、切り傷、擦り傷などの軽微なものは記入不要です。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名または症状:) その時期 年 月頃 / その期間 日程度	これまで(過去)に、1か月以上薬を服用したことがありますか。(現在も服用中である場合を含む) 注)花粉症の薬は記入不要です。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(服用の理由:) その時期 年 月頃 / その期間 日程度

健康上のことについて、留意していることがあれば書いてください。(就職にあたっての不安など)