会計年度任用職員（医療援助課）選考用

作文用紙

【氏名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の項目について、直筆で記入してください（文字数制限 300 文字）。

・あなたが小児慢性特定疾病医療給付事業に従事するにあたって、個人情報を取り扱う際に注意すべきと考えること