

試験申込書記入要領

【記入上の注意】

- 1 **記載事項に不正があると、県職員として採用される資格を失うことがあります。**
- 2 記入に当たっては、黒か青のインク又はボールペンでいねいに書いてください。
なお、記入もれがないように注意してください。
- 3 **※の欄は、記入しないでください。**
- 4 「通知の際の連絡先」欄には、確実に連絡のとれる帰省先等を記入してください。現住所と同じ場合も必ず記入してください。
- 5 「E-mail」欄には、確実にメールを受信できるメールアドレスを記入してください。なお、次の2つのドメインを受信設定してください。①「@pref.iwate.jp」 ②「@arorua.net」
- 6 「学歴」欄には、最終学歴から高等学校まで新しい順序に記入してください。
- 7 「学歴の修学区分」欄は、該当する箇所を○で囲んでください。
- 8 「職歴」欄には、現在までの職歴を新しいものから順に記入してください。
- 9 「免許・資格」欄には、試験職種の受験資格となる免許・資格のほか、医療技術関係の免許・資格及び自動車運転免許の有無について記入してください。
- 10 受験票には、試験職種、氏名を記入し、表面には、あなたの住所と氏名を記入してください。
なお、**受験票は、「受験票作成要領」の手順に基づき作成してください。**
- 11 記入に当たって不明な点は、岩手県医療局職員課（Tel 019-629-6322）にお問い合わせください。

【受験票】

- 1 試験職種 試験職種のいずれかを記入してください。
- 2 氏 名 下段に漢字で記入し、上段にはフリガナを記入してください。
 - ※印の欄は記入しないでください。
 - **申込みの時には写真を貼らないでください。**
 - 受験票の裏（はがきのあて名の部分）には、**住所、氏名を記入**し、官製はがき以外のはがきで受験票を作成する場合には、所定の欄に**63円切手**を必ず貼ってください。
※記載された住所に受験票を発送しますので、間違いのないようにしてください。

■この試験に関する問合せ先
岩手県医療局職員課人事担当
Tel 019-629-6322（直通）

令和2年度岩手県立病院職員採用選考試験【特別募集経験者採用】
申込書

(令和3年 月 日作成)

受付番号	※	受験番号	※	<p style="text-align: center;">(写真欄)</p> <p>1 この欄の写真は、申込書提出の際に必ず貼ってください。</p> <p>2 写真は、申込前3ヵ月以内に撮影した上半身・脱帽・正面向きで、本人と確認できる縦5cm横4cmのものを貼ってください。</p>		
試験職種						
フリガナ			性別			
氏名			男・女			
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	歳(令和2年4月1日現在)			
現住所	〒 Tel () - () - () 携帯電話 () - () - ()					
通知の際の連絡先(帰省先等)	〒 Tel () - () - () 携帯電話 () - () - () <small>(面接実施日時通知先及び受験後の連絡先となります。連絡のつくところを記入してください。)</small>					
E-mail	@					
学歴	学校名	学部・学科名	期間	修学区分		
	(最終)		年 月から 年 月まで	修了・卒業・__学年中退		
	(その前)		年 月から 年 月まで	修了・卒業・__学年中退		
職歴	勤務先(部・課等まで)	所在地	期間	職務内容		
			年 月から 年 月まで			
			年 月から 年 月まで			
免許・資格	名称	取得年月日	交付機関	名称	取得年月日	交付機関
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	

私は、次の各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書の記載事項は、すべて事実と相違ありません。

- 1 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- 2 岩手県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- 3 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

令和3年 月 日 氏名(自筆) _____

受 験 票

※受付番号	※受験番号
試験職種	
(フリガナ) 氏名	

(写真欄)

- この欄の写真は、申込みの際には貼らず、この受験票が手元に送られてきてから申込書に貼ったものと同一のもの（縦5cm横4cm）を貼ってください。
- 試験当日は、写真を貼ったこの受験票を持参してください。

郵便はがき

--	--	--	--	--	--	--

(氏名)

(住所)

63円郵便切手を必ず貼ってください。
切手がない場合は郵送しません。

〒020-0023

盛岡市内丸十一番一号
岩手県医療局

様

受験心得

- 上の欄にあなたの住所・氏名を記入し返信用63円切手を必ず貼って提出してください。
- 試験当日は、この受験票（写真を貼ったもの）を準備してください。
- 遅刻した場合は受験できないことがあります。

1. 面接試験日時

令和3年2月18日（木）

実施時間は別途通知します

2. 実施方法

オンライン（zoom meeting 使用）

入室用ID・パスワードは別途通知します

(切り取り線)

(切り取り線)

受 験 票 作 成 要 領

○受験票の作成

受験票は、以下の手順により作成してください。

(1) 手順

- ① 受験票を切り取り線に沿ってはさみで切り離す。
- ② 官製はがきの切手が印刷されている面に、住所・氏名記載面をのり付けする。
- ③ 官製はがきの何も書いてない面に、受験票をのり付けする。

(2) 注意事項

- ① 受験票は、官製はがきにしっかりとのり付けしてください。
- ② 官製はがき以外のはがきで受験票を作成する場合には、はがきに63円郵便切手を必ず貼ってください。
・郵便切手に不足分がある場合は、受験票を受理できないこともあります。
- ③ 受験票には写真を貼らないでください。

○記入要領

- (1) 記入には黒か青のインク又は黒ボールペンを使用してください。
- (2) 受験票の氏名欄は、下段に漢字で記入し、上段にはフリガナを記入してください。
- (3) 受験票の裏面に住所、氏名を記入してください。ここに書かれた住所に受験票が郵送されますので、間違いのないようにしてください。

○受験申込み

試験申込書と受験票は、クリップでとめて一緒に提出してください。

(切り取り線)

(切り取り線)

(切り取り線)

職 務 経 歴 書

氏 名			
現在の勤務 について	所 属 機 関		
	所 在 地		
	所 属 部 署 ・ 職 名		
	職 務 内 容 (具 体 的 に)		
<p>職務経歴</p> <p>(職務内容等を年代順に、1項目数行内にまとめて、役職名、その役職での具体的な業務内容や役割等具体的に記述してください。また、勤務先の会社等の規模(従業員数、病院の場合は病床数等)も記入してください。欄が不足する場合は、用紙を追加しても構いません。)</p>			
<p>(記載例) H28.4.1~R2.3.31 ○○○会△△病院 (従業員数 350 人、病床数 312 床)</p> <p style="padding-left: 40px;">中材・手術室勤務 リリーフとして各科外来業務・検査介助に従事</p>			
職務上活かせる能力、自己PR等			

面接試験調査票

(令和3年 月 日記入)

岩手県医療局

試験職種	受験番号	(フリガナ) 氏名	生年月日・年齢
			昭和 平成 年 月 日生 歳
1 岩手県立病院職員を志望する理由			
2 資格・特技			
3 趣味・スポーツ			
4 現在関心を持って取り組んでいること			
5 最近関心を持った時事問題とそれに対する自分の意見			
6 自分の長所・短所、自己PR			
7 勤務を希望する県立病院（3箇所記入してください。特に希望がない場合は、「特にない」を○で囲んでください。）			
_____ 病院 _____ 病院 _____ 病院 特にない			
採用後、関心を持って取り組みたい分野、取得したい資格 }			
採用及び配置病院について特に考慮してほしい事項（修学金利用、家族状況、育児状況等） }			

※ この調査票は、人物試験の際に参考資料として使用するものであり、記載内容が試験に影響を及ぼすことはありません。

身体検査基礎問診票

試験職種	受験番号	氏名

I 現在のあなたの身体症状についてお聞きします。次に該当する番号を○で囲んでください。

- 1 全く具合の悪いところはない（元気である）
- 2 現在、かかっている（治療中）病気がある（下欄に病名と時期・期間を記入してください。）

病名	時期・期間
	時期 年 月頃から
	時期 年 月頃から
	時期 年 月頃から

3 身体障害者手帳の有無

有 ・ 無

II 既往歴


これまでかかった病気についてお聞きします。次の該当する番号に○で囲んでください。

- 1 特に病気をしたことがない（これまで全く健康であった）
- 2 病気をしたことがある（下欄に病名と時期・期間を記入してください。）

病名	時期・期間
	時期 年 月頃 ・ 期間 ～
	時期 年 月頃 ・ 期間 ～
	時期 年 月頃 ・ 期間 ～

健康診断書

秘

試験職種				現住所			
(フリガナ) 氏名				性別	男・女		
				生年月日	年 月 日生	年齢	歳
業務歴				医師 の 所 見	言語		
既往歴					感染症疾患		
自覚症状					神経系の疾患		
身長	cm				循環器の疾患		
体重	kg				消化器の疾患		
B M I					全身病		
腹囲	cm				泌尿器の疾患		
					皮膚の疾患		
					関節運動器等の疾患		
					家族歴		
視力	右 ()			貧血検査	血色素量	g/dl	
	左 ()				赤血球数	10 ⁴ /mm ³	
色覚 (専門医でなくても可)				肝機能検査	G O T	U/1	
眼疾 (専門医でなくても可)					G P T	U/1	
聴力	右	1,000Hz	1 所見なし 2 所見あり		γ - G T P	U/1	
		4,000Hz	1 所見なし 2 所見あり	血中脂質 検査	LDLコレステロール	mg/dl	
	左	1,000Hz	1 所見なし 2 所見あり		HDLコレステロール	mg/dl	
		4,000Hz	1 所見なし 2 所見あり		トリグリセライド	mg/dl	
検査方法	1 オーディオ 2 その他			血糖検査	ヘモグロビンA1c	%	
耳疾 (専門医でなくても可)				尿	糖	- ± + ++ +++	
~ mmHg					蛋白質	- ± + ++ +++	
胸部エックス線 検査	直接・間接撮影 年 月 日			心電図検査			
エックス線所見				HBs抗原検出検査			
フィルム番号	No.			総合所見 及 就業上の 注意事項			

※「色覚検査」は試験職種が「薬剤師」の者のみ実施すること。

上記のとおり診断する。

年 月 日

診断機関
健康診断実施医師氏名

印