

# 令和元年度 岩手県立病院職員採用選考試験申込書

(令和 年 月 日作成)

|          |   |                 |                |   |                 |      |     |
|----------|---|-----------------|----------------|---|-----------------|------|-----|
| 受付番号     | ※   | 受験番号            | ※              | (写 真 欄)<br>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。<br>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。 |                 |      |     |
| 試験職種     |   | 試験地<br>(いずれかに○) | 盛岡・東京<br>仙台・青森 |   |                 |      |     |
| (フリガナ)   |   |                 |                |   |                 |      | 性別  |
| 氏名       |   |                 |                |   |                 |      | 男・女 |
| 生年月日     | 昭和<br>平成  | 年               | 月              | 日生  | 歳 (平成31年4月1日現在) |      |     |
| 現住所      | 〒<br>TEL ( ) - ( ) - ( ) 携帯電話 ( ) - ( ) - ( )   |                 |                |   |                 |      |     |
| 通知の際の連絡先 | 〒<br>TEL ( ) - ( ) - ( ) 携帯電話 ( ) - ( ) - ( )<br>(合格通知等及び受験後の連絡先となります。連絡が必ずつくところを記入してください。) |                 |                |   |                 |      |     |
| 学歴       | 学 校 名   | 学部・学科名          | 期 間            | 修 学 区 分   |                 |      |     |
|          | (最終)  |                 | 年 月から<br>年 月まで | 修了・修了見込・卒業・卒業見込<br>__学年在学中 __学年中退   |                 |      |     |
|          | (その前)   |                 | 年 月から<br>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<br>年 月まで |   |                 |      |     |
|          |   |                 | 年 月から<br>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           |      |     |

62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。

郵便はがき



(氏名)

(住所)

〒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62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(写真をはったもの)・鉛筆(HB)・消ゴム・昼食を持参してください。遅刻した場合は受験できないことがあります。
- 試験会場では、係員の指示及び案内表示に従ってください。

(切り取り線)

(切り取り線)

# 受 験 票

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| ※受付番号                                       | ※受験番号                                 |
| 試験職種  | 試験地(いずれかに○)<br><b>盛岡・東京<br/>仙台・青森</b> |
| <small>※助産師及び看護師は〔A・B〕を忘れずに記入してください</small> |                                       |
| (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た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。

1. 試験日時

令和元年6月16日(日)  
午前9時30分までに集合(受付午前9時10分から)

2. 試験会場

(盛岡) 岩手大学農学部棟  
(東京) TKP秋葉原カンファレンスセンター 7階「ホール7A」  
(仙台) TKP仙台南町通カンファレンスセンター 8階「ホール8B」  
(青森) 青森県観光物産館アスパム 9階「津軽」

(切り取り線)

私は、次の各号のいずれにも該当していません。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 成年被後见人又は被保佐人(準禁治産者を含む)
- 2 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
- 3 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
- 4 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

令和元年 月 日 氏名(自筆)

## 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 「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。
- 6 「学歴の修学区分」欄は、該当する箇所を○で囲んでください。
- 7 「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。
- 8 「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。
- 9 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」の順に基づき作成**してください。
- 10 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)に問い合わせください。

## 受験票作成要領

【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。(助産師及び看護師は〔A・B〕を忘れずに記入してください。)
- 2 試験地 希望する試験地を○で囲んでください。
- 3 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**62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)

(切り取り線)