

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」の手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 試験地 盛岡会場のみとなります。
- 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**切手を必ず貼**ってください。

※10月より郵便料金が改定されますので次の点に注意してください。

- ・官製はがきを使用する場合：受験票の返送は10月以降になりますので、**63円の官製はがき**を購入してください。
- ・官製はがき以外を使用する場合：**9月に送る場合は62円切手、10月に送る場合は63円切手**を貼ってください。

※不足分がある場合は、受験票を受理できない場合があります。

※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)

令和元年度 岩手県立病院職員採用選考試験【秋季募集】 申込書

(令和元年 月 日作成)

受付番号	※		受験番号	※		
試験職種				試験地	盛岡	
(フリガナ)				性別		
氏名				男・女		
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	歳(平成31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 () - () - () (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。)					
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・修了見込・卒業・卒業見込 __学年在学中__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	

(写真欄)

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。

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。

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 成年被後見人又は被保佐人(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) _____

受験票

※受付番号		※受験番号	
試験職種		試験地	
		盛岡	
(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



(住所)
氏名

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切手を必ず貼って提出してください。(10月から郵便料金が改定されますので、受験票作成要領で必ず詳細の確認をしてください。)
- 試験当日は、この受験票(写真を貼ったもの)・鉛筆(HB)・消しゴム・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。

- 試験日時
令和元年10月20日(日)
午前9時30分までに集合(受付午前9時10分から)
- 試験会場
(盛岡)アートホテル盛岡 3階「鳳凰の間」

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、はがきに郵便切手を必ず貼ってください。

※10月から郵便料金が改定されますので、次の点に注意してください。

- ・官製はがきの方：10月以降に受験票を返送しますので、63円の官製はがきを購入してください。
- ・官製はがき以外の方：9月に送る場合は62円切手、10月に送る場合は63円切手を貼ってください。
- ・不足分がある場合は、受験票を受取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。

面接試験調査票

(令和元年 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 現在の勤務先の状況 (※□にレ印をつける)				
<input type="checkbox"/> 在職中 → 年 月～ 年 月 勤務先 (<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> パート)				
<input type="checkbox"/> 過去にあり → 年 月～ 年 月 勤務先 (<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> パート) <small>(現在勤務していない場合に前職を記入すること)</small>				
<input type="checkbox"/> 無し				
3 資格・特技				
4 趣味・スポーツ				
5 現在関心を持って取り組んでいること				
6 最近関心を持った時事問題とそれに対する自分の意見				
7 自分の長所・短所、自己PR				
8 勤務を希望する県立病院 (3箇所記入してください。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				
配置病院の決定に際し特に考慮してほしい事項 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>				

※ 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

I I 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
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		血中脂質 検査	γ - G T P	U/1
		4,000Hz	1 所見なし 2 所見あり	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	- ± + ++ +++	
					蛋白質	- ± + ++ +++	
血圧	mmHg ~			(フリガナ)			
胸部エックス線 検査	直接・間接撮影 年月日			心電図検査			
				HBs 抗原検出検査			
エックス線所見				総合所見 及び 就業上の 注意事項			
フィルム番号	No.						

※「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