

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 019-629-6861）に問い合わせください。

【受験票】

- 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。）
- 氏名欄の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 019-629-6861（直通）

令和4年度岩手県立病院職員採用選考試験【特別募集】申込書

(令和 年 月 日作成)

受験番号	※				(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4.5cm横3.5cmのものを貼ってください。	
試験職種	※助産師及び看護師は【A・B】を忘れずに記入してください。					
(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4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 () - () - () (可否通知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。)					
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	卒業(修了)		
	(その前)		年 月から 年 月まで	卒業(修了)・__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。

- 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
- 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
- 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 年 月 日 氏名(自筆) _____

受 験 票

※受験番号	
試験職種	
<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てから申込書に貼ったものと同一のもの（縦4.5cm横3.5cm）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準備**してください。

- 試験日時
令和5年2月16日（木）
実施時間は別途通知します
- 試験方法
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

郵便はがき



(住所)
氏名

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

(切り取り線)

(切り取り線)

(切り取り線)

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。

(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。

電子申請による申込手続き

(1) 用意するもの

ア インターネット環境、パソコン、プリンタ

スマートフォン、タブレットからも申込みできますが、申込書と受験票を印刷する環境が必要です。使用するパソコンや通信回線上の障害等によるトラブルについては、一切責任を負いません。

イ 電子申請マニュアル

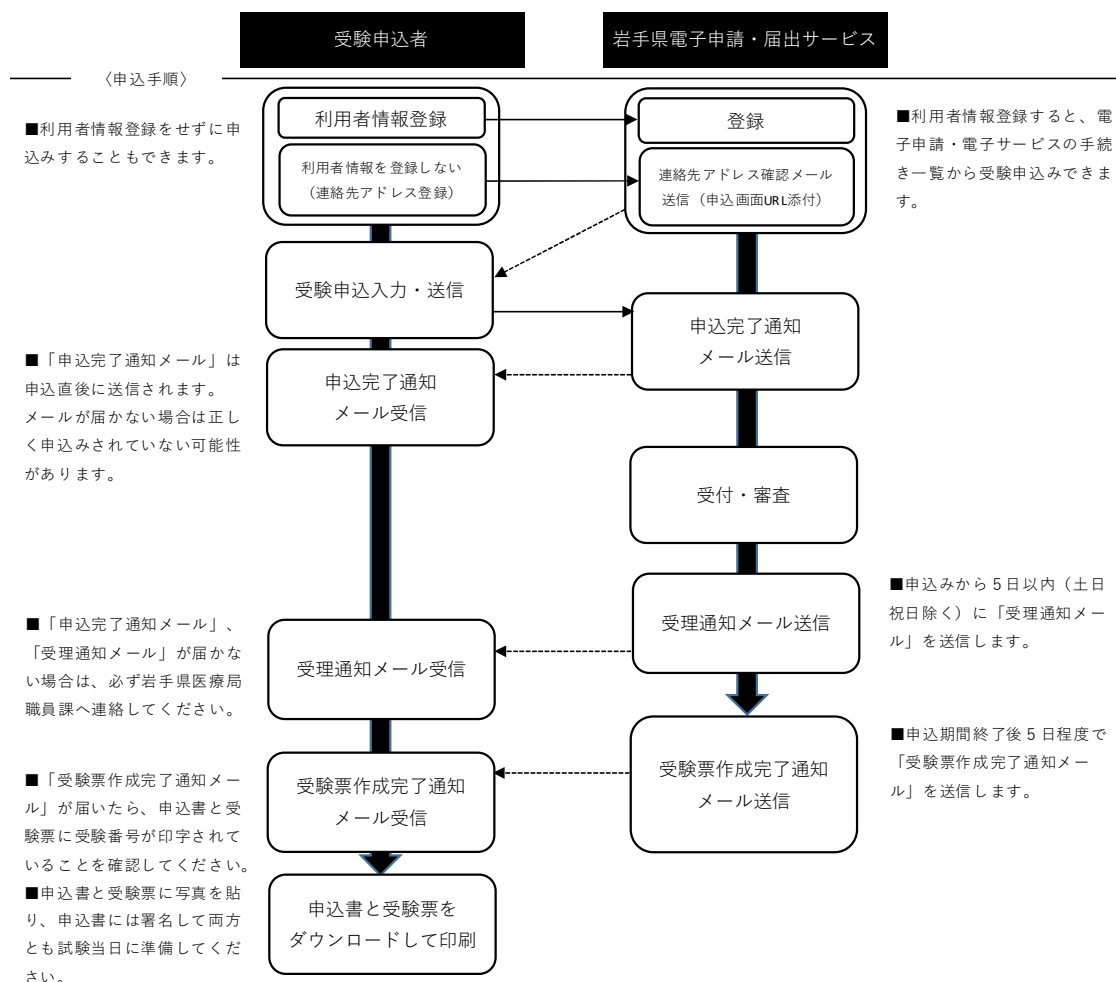
下記URLからダウンロードし、参照してください。

「令和4年度岩手県立病院職員採用選考試験（特別募集）の実施について」

<https://www.pref.iwate.jp/iryoukyoku/shokuinboshuu/1061146.html>

(2) 申込みの流れ

- ① 「岩手県電子申請・届出サービス」 (<https://s-kantan.com/pref-iwate-u/>) にアクセスします。
- ② 利用者情報登録をする場合は、画面の指示に従って必要事項を入力し利用者情報登録を行います。
利用者情報登録をせずに申し込む場合は、連絡先メールアドレスの登録を行うと、申込み画面URLが添付されたメールが届きます。
- ③ 本採用選考試験の受験申込画面に、必要事項を入力して送信します。
- ④ 申込みを送信すると、すぐに「申込完了通知メール」が送信されます。メールが届かない場合、正しく申込みが行われていない可能性があります。確認し、岩手県医療局職員課へ連絡してください。
- ⑤ 申込内容を審査後、「受理通知メール」が送信されます。申込みから5日（土日、祝日を除く。）を経過しても受理通知メールが届かない場合は、岩手県医療局職員課へ必ず連絡してください。
- ⑥ 申込期間終了後5日程度で「受験票作成完了通知メール」が送信されます。到着後、申込書及び受験票を印刷してください。申込書と受験票に写真を貼り、申込書には署名して両方とも試験当日に準備してください。



面接試験調査票

(令和 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 年 月 日生 歳 平成
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、取得したい資格等 } _____ 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
②の方は、どのような症状か、記入してください。

[]

II 就業上配慮が必要な事項についてお聞きします。

仕事をするうえで勤務条件（勤務時間及び勤務内容など）等について、配慮を要する疾病等があれば自由に記入してください。

[]

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)	
職務経歴 (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。)		
(記載例) H25.4.1~R4.3.31 ○○○会△△病院(従業員数350人、病床数312床) 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		
職務上活かせる能力、自己PR等		