

令和3年度 第1回気仙沼市病院事業職員採用試験受験申込書記入要領

太枠内の全ての欄について、下記の要領で漏れなく記入してください。

記入には、全て黒インク又は黒ボールペンを用い、間違いのないように、はっきりと丁寧に書いてください（摩擦熱でインクが消えるボールペンは使用しないでください。）。数字は算用数字とします。

1 試験区分 受験する試験区分の名称（上級又は中級）を記入してください。

2 職 種

受験する職種の名称（薬剤師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師）を記入してください。

3 資格・免許

受験する職種に必要な資格・免許の名称（薬剤師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師）、取得済・見込の別及び取得（又は取得見込）年月を記入してください。

4 氏 名 フリガナを必ず記入してください。

5 性 別 該当する方を○で囲んでください。

6 生年月日 昭和又は平成を○で囲み、和暦で記入してください。

7 住 所

現住所と帰省先等のそれぞれについて、できるだけ詳しく（寮・アパート等の場合にはその名称・室番まで、下宿等の場合には同居先も）記入してください。

また、現住所か帰省先等のいずれかの□にチェックをして、合格通知等の送付先・連絡先を指定してください（連絡先が現住所のみの場合は、帰省先等の欄の記入は不要です。）。

8 E-mail

市から受験票を送信するためのメールアドレスを記入してください。受験票がない場合、受験できない場合がありますので、確実に本人に到着するアドレスにしてください。

なお、手書きの場合は、正確に読み取れるよう、又ローマ字と英数字がしっかり区別できるよう（O(オ)と0(ゼロ)など）はっきり記入してください。

9 電話番号 確実に連絡の取れる電話番号を必ず記入してください。

10 学 歴

中学校、高等学校、中等教育学校、短期大学、高等専門学校、大学、大学院及び受験資格に係る学校（保健師養成学校、専修学校等）のみ記入してください（「予備校」等の各種学校、受験資格に関係しない「専門学校」等の専修学校は記入しないでください。）。

11 職 歴

「就職したことがある」又は「就職したことがない」のいずれかの□にチェックし、就職したことがある場合は、勤務先、部署、職務内容、所在地（市町村まで記入）、在職期間を記入してください。

12 写 真 所定欄に写真（鮮明なもの）をはがれないように貼付してください。

13 署 名 記載事項を確認し、記入年月日と氏名を記入してください。

14 受 験 票

郵便番号、住所、氏名、受験する試験の区分・職種の名称を記入してください。

申込受付後、受験番号等を記載し電子メールで送付しますので、印字し、はがきサイズの台紙に貼付のうえ、試験当日持参してください。

記入例

令和〇〇年度 第1回気仙沼市病院事業職員採用試験受験申込書

受験する職種に必要な資格のみ
記入してください。

試験区分		職種	資格・免許		日	受付者
中級		看護師	看護師		受験番号	
			名称	取得年月	-	
				<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 見込 (H**年**月)		
氏名	フリガナ △ △ △ △ △ △ △					鮮明な写真を貼付してください
	○ ○ ○ ○					
性別			生年月日			
<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女			昭和 平成 **年**月**日			
連絡先	↓ 合格通知等の送付先・連絡先として指定する方にチェックしてください					
	<input type="checkbox"/>	現住所 (〒***-****)		固定電話		
	<input checked="" type="checkbox"/>	帰省先等 (〒988-8501)		固定電話 ***-***-****		
		宮城県気仙沼市八日町一丁目1番1号		携帯電話 ***-****-****		
E-mail	@					
※手書きの場合は、正確に読み取れるようはっきり記入してください。						
学歴	学校名		学部・学科	在学期間	卒業・卒業見込等	
	最終(現在)		<input type="checkbox"/> 学部	平成**年**月から	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業(修了)	
	<input type="checkbox"/> 短期大学		<input type="checkbox"/> 学科	平成**年**月まで	<input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込	
	上記の前		普通科	平成**年**月から	<input type="checkbox"/> __学年中退	
	■■高等学校			平成**年**月まで	<input type="checkbox"/> __学年中退	
	●●市立●●中学校			平成**年**月から	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業(修了)	
				平成**年**月まで	<input type="checkbox"/> __学年中退	
職歴	<input checked="" type="checkbox"/> 就職したことがある <input type="checkbox"/> 就職したことがない					
	勤務先	部署	職務内容	所在地	期間	
	最終(現在)	▼▼科外来	看護師(正規職員)	▼▼県▼▼市	平成**年**月から 現在 年 月まで	
	▲▲病院			年 月から 年 月まで		
	上記の前			年 月から 年 月まで		
備考						
私は、気仙沼市病院事業職員採用試験案内の記載内容を了承の上、同試験を受験したいので申し込みます。						
なお、私は、試験 また、この申込書						
記入年月日と氏名を必ず記入してください。						
令和**年**月**日 氏名 ○ ○ ○ ○						

※ 太枠内全ての欄について、記入要領に従って記入してください。