

大館市病院職員採用試験受験申込書（兼身上調書）

試験の 区 分				受験番号	※ 記入しないでください	
フリガナ 氏 名	(旧姓)	性 別 (任意記入)		生年月日	年 月 日生	受験申込日現在 満 歳
現 住 所	〒 () ※ 住民票上の住所ではなく、現に居住している住所を記入してください。					
通知書等 送付先	〒 () ※ 合格通知等は現住所に送付しますが、現住所以外に送付を希望する場合はこちらにも記入してください。					
緊急連絡先	〒 ()					

学 歴 (中学校から最後まで)	学 校 名	学 部	学 科	卒・中退 卒 見 込 等	所在地(市町村名まで)	在 学 期 間		
	中 学 校	*****	*****			年 月～	年 月	年
	高 校	*****				年 月～	年 月	年
						年 月～	年 月	年
						年 月～	年 月	年
						年 月～	年 月	年
						年 月～	年 月	年

職 歴 (今までのすべて)	勤 務 先 (部 課 まで)	所 在 地 (番 地 まで)	在 職 期 間			職 務 内 容	退 職 理 由
			年 月～	年 月	年 月		
			年 月～	年 月	年 月		
			年 月～	年 月	年 月		
			年 月～	年 月	年 月		
			年 月～	年 月	年 月		
			年 月～	年 月	年 月		
			年 月～	年 月	年 月		

<記入要領>

- 1 受験番号欄を除くすべての欄に、申込者本人が記入してください。
- 2 記入は、黒か青のインク又はボールペンを用い楷書で、数字は算用数字で書いてください。
(記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。)

大館市病院職員採用試験受験申込書（続き）

試験の区分		受験番号	※ 記入しないでください
-------	--	------	--------------

資格・免許等 (取得見込み含む)	取得年月日	資格等の名称
---------------------	-------	--------

私は、大館市病院職員採用試験の受験申込をします。 なお私は、大館市病院職員採用試験受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書及び提出書類のすべての記載事項と相違ありません。			
令和	年	月	日
(申込書記入年月日)		氏名	(自筆。押印は不要です)

- 〈記入要領〉
- 1 受験番号欄を除くすべての欄に、申込者本人が記入してください。
 - 2 記入は、黒か青のインク又はボールペンを用的楷書で、数字は算用数字で書いてください。
(記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。)

(日本工業規格 A 4 横型)

大館市病院職員採用試験受験票

＜試験の区分＞	＜受験番号＞
---------	--------

フリガナ
氏 名

写真貼付欄
縦40mm～45mm
横30mm～35mm

写真は、無背景の本人と確認できるもので、6か月以内に撮影したものに限りま
す。
申込時に必ず写真を貼付し
て下さい。

＜試験日時＞	令和	年	月	日
・受付開始	午前	午後	時	分
・説明開始	午前	午後	時	分
・試験開始	午前	午後	時	分
＜試験会場＞	大館市立総合病院			

※試験当日は、受験票、筆記用具を持参し、マスクを着用してください。
また、当日の朝に検温を行い、発熱がないことを確認してください。

..... (受験時に切り取ってください)

受験票 (控)

＜試験の区分＞	＜受験番号＞
---------	--------

氏 名

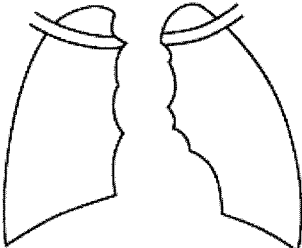
自 己 紹 介 票

試験の 区 分		受験番号	
志 望 動 機		市職員として したい仕事	
最近関心を もった事柄		趣 味 余暇活動	
自 己 P R	社会人としての 職務経歴や実績、 大学・高校・中 学校時代等にお ける生徒会・ク ラブ活動など	職務経歴・実績、生徒会活動、クラブ名、主な大会、コンクールにおける成績、記録、段位等	
	資 格・免 許 ※取得見込みを 含む		各種試験の併願状況 ・公務員試験（国及び地方） ・その他民間等
	自 己 P R 積極的に自分の ことを売り込ん でください		

※この用紙の該当する項目のすべてについて漏れなく記入し、提出してください。

健康診断書

※診断書を密封のうえ、本人に交付してください。

フリガナ			健康診断実施日	令和 年 月 日		
氏 名			年 月 日生		歳	男・女
既往歴			尿 検 査	糖	－・±・1＋・2＋・3＋	
				蛋白	－・±・1＋・2＋・3＋	
身 長	cm		心電図検査			
体 重	kg		胸部X線検査 直接 間接 撮影 令和 年 月 日 			
視 力	右 (矯正)					
	左 (矯正)					
聴 力	右					
	1000Hz			1. 所見なし 2. 所見あり		
	4000Hz			1. 所見なし 2. 所見あり		
	左					
血 圧	1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり				
	4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり				
	mmHg					
医師の診断と就業上の注意事項						
医療機関名						
住 所						
医 師 名						
電 話 番 号						
印						

※ 上記の検査項目のすべてを証明できる医療機関で、健康診断を受けてください。

医療機関各位

健康診断実施のお願い

秋田県大館市では、令和7年度職員採用試験にあたり受験者に健康診断書を提出していただいております。つきましては、本状持参者に対し、別紙の健康診断書により健康診断を実施してくださるようお願いいたします。

記

- 1 健康診断終了後は、**診断書を密封**のうえ本人に交付してください。
- 2 診断料は、**本人負担**とします。

「照会先」

秋田県大館市豊町3番1号
大館市立総合病院人事課人事係
TEL 0186(42)5370