

豊後大野市病院企業職員 採用試験申込書 (H30第3回専門職)

ふりがな 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※受験番号	
	本籍地 都道府県	職種 <input type="checkbox"/> 作業療法士	資格状況 <input type="checkbox"/> 有資格者 <input type="checkbox"/> 資格取得見込者
生年月日 昭和・平成 年 月 日生			
住所 [郵便番号 -] 県 市			
[同居先 方] [電話番号 () 局 番] [携帯電話番号 - -]			
上記に不在の場合の連絡先 [郵便番号 -]			
[同居先 方] [電話番号 () 局 番]			
合格通知送付希望先 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 上記に不在の場合の連絡先 <input type="checkbox"/> その他 (〒)			
最終学歴 学校名 [] 学部・学科名 [] 在学期間: ㊟・㊞ 年 月 ~ ㊟・㊞ 年 月 (学年) 卒見・卒・在・中退			
次の質問について該当するものを○で囲んでください。			
ア. 禁治産者や準禁治産者の宣告を受けたことがありますか		ある・ない	
イ. 禁錮以上の刑に処せられたことがありますか		ある・ない	
ウ. 懲戒免職になったことがありますか		ある・ない	
申込書に記載した事項は、事実と相違ありません。			
平成 年 月 日 氏名 ㊟			
記入の心得 1. ※印欄以外はすべて記入してください。該当する□の中に✓印をつけてください。 2. 記入は黒色のボールペンを用品、かい書でていねいに書いてください。数字は算用数字で書いてください。 3. 記入事項に不正があると、採用される資格を失う場合があります。 4. 提出前に申込書に不備がないかどうか、添付書類及び押印等について、もう一度確認してください。			
添付書類 ①受験票 ②履歴書 ③健康診断書 ④免許証の写し(取得見込者は不要)または認定書の写し ⑤最終学歴 の卒業証明書または卒業証書の写し、または卒業見込証明書(在学証明代用可…要相談) ⑥返信用封筒(82円切手貼付)			
※受付月日 平成 年 月 日 ※受付者 ㊟			

豊後大野市病院企業職員 採用試験受験票

(H30第3回専門職)

※受験番号	
職 種	該当する資格区分を○で囲んでください。 作業療法士 (有資格者・資格取得見込者)
ふりがな 氏 名	性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生

- ・※印欄以外はすべて記入してください。
- ・黒色のボールペンで記入してください。

■ 試 験 日

● 平成31年1月29日(火)

■ 受付時間 午後0時45分～1時00分

■ 試験開始時間 午後1時10分～

■ 試験会場 豊後大野市民病院 大会議室

■ 携行品 HBの鉛筆、消しゴム、腕時計、昼食

■ 受験心得

- ①試験当日は、受付時間内に必ずおいでください。
遅刻の場合は受験できないことがありますので
注意してください。
- ②試験会場では、試験員の指示に従って行動してく
ださい。
- ③試験当日は、この受験票を必ず持参し、受付時に
提示してください。
- ④病院敷地内は禁煙となっております。

写真貼付欄

- ・申込前6カ月以
内に撮影した上
半身、脱帽、正
面向きのもの
- ・縦4cm×横3cm

(受付印)

豊 後 大 野 市 民 病 院

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）
年	月	免許・資格

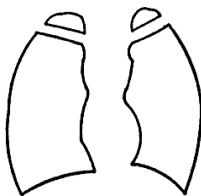
志望の動機、特技、好きな学科など	通勤時間	
	約	時間
	分	
	扶養家族数(配偶者を除く)	
		人
	配偶者	配偶者の扶養義務
	有・無	有・無

本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望などがあれば記入）	

保護者（本人が未成年者の場合のみ記入）		電話
ふりがな	住所 〒	
氏名		

診 断 書

氏名	男 女	住所		
生年月日	年 月 日生(才)			
検査日	平成 年 月 日			
身長	. cm	既往症		
体重	. kg			
視力	右 . (.)	現症		
	左 . (.)			
眼疾	無・有 ()			
聴力	右			
	左			
耳疾	無・有 ()	胸部エックス線写真所見	撮影 平成 年 月 日	
血圧	～ mm Hg		直接・間接 (No.)	
検尿	蛋白		糖	ウロビリ ノーゲン
その他	就業上の注意事項			



上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

所在地
機関名
医師

印