

豊後大野市病院企業職員 採用試験申込書(R3)

ふりがな 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※受験番号
生年月日 昭和・平成 年 月 日生	本籍地 都道府県	職種 <input type="checkbox"/> 一般事務職A <input type="checkbox"/> 一般事務職B (社会人経験者)
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： 昭和・平成・令和 年 月～昭和・平成・令和 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。 令和 年 月 日 氏 名 (自署)		
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い、かい書で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事前レポート ④【一般事務職B受験者のみ】職務経験申告書 ⑤返信用封筒(84円切手貼付)		
※受付月日 令和 年 月 日 ※受付者		

豊後大野市病院企業職員 採用試験受験票 (R03)

※受験番号	
職 種	<input type="checkbox"/> 一般事務職A <input type="checkbox"/> 一般事務職B (社会人経験者)
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。

第1次試験 ※ 第2次試験については、対象者に別途通知いたします。

■ 試 験 日

● 令和3年10月31日(日)

■ 受付時間 午前8時15分 ~ 8時30分

■ 試験開始時間 午前8時30分~

■ 試験会場 豊後大野市民病院 会議室

■ 携行品 HBの鉛筆、消しゴム、腕時計

■ 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)

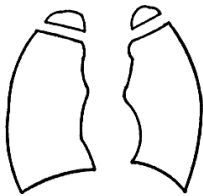
豊 後 大 野 市 民 病 院

診 断 書

氏名	男 女	住所		
生年月日	年 月 日生(歳)			
検査日	令和 年 月 日			
身長	. cm	既往症		
体重	. kg			
視力	右 . (.)			
	左 . (.)			
眼疾	無・有 ()			
聴力	右			
	左			
耳疾	無・有 ()			
血圧	～ mm Hg			
検尿	蛋白	糖	ウロビリ ノーゲン	潜血
その他	就業上の注意事項			

撮影 令和 年 月 日

直接・間接 (No.)



胸部エックス線写真所見

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所在地
機関名
医師

印