

大間病院正規職員募集のお知らせ

大間病院では、次のとおり正規職員を募集しますので、お知らせいたします。

1 試験種別、職種、採用予定人員及び採用予定年月日

試験種別	採用予定人員	採用予定年月日
看護師	若干名	随時採用
臨床検査技師	1名程度	随時採用
薬剤師	1名程度	随時採用
臨床工学技士	1名程度	随時採用
社会福祉士	1名程度	随時採用
社会人枠（行政職）	1名程度	令和3年4月1日

2 受験資格

試験種別	受験資格
看護師	看護師免許がある方、令和3年3月31日までに免許を取得する見込みの方で、申込時点で満50歳以内の方。
臨床検査技師	臨床検査技師免許がある方、令和3年3月31日までに免許を取得する見込みの方で、申込時点で満40歳以内の方
薬剤師	薬剤師免許がある方、令和3年3月31日までに免許を取得する見込みの方で、申込時点で満40歳以内の方
臨床工学技士	臨床工学技士免許がある方で、申込時点で満40歳以内の方
社会福祉士	社会福祉士免許がある方、令和3年3月31日までに免許を取得する見込みの方で、申込時点で満40歳以内の方
社会人枠（行政職）	昭和58年4月2日から平成2年4月1日までに生まれた方で、高等学校以上を卒業し、令和2年4月1日時点において民間企業等における職務経験を5年以上有する方。 1) 「民間企業等における職務経験」には、民間企業のほか、国、地方公共団体、各種法人（財団法人、社団法人等）、各種団体等の職務経験が該当する。 2) 「5年以上」とは、それぞれの企業・団体等で週30時間以上の勤務を1年以上継続し、これらの経験が通算5年以上であることを要する。（同時期に複数の企業・団体等に勤務していた場合は、いずれか一方の勤務時間のみ職務経験とする。）

ただし、いずれの職種も日本国籍を有しない者、自力により通勤ができない者、介護者なしに職務の遂行が困難な者及び地方公務員法第16条に規定する次に掲げる者は、受験できません。

- ① 成年被後見人又は被補佐人
- ② 禁錮刑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
- ③ 一部事務組合下北医療センター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
- ④ 日本国憲法施行の日以後において、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、又はこれに参加した者

3 試験の方法及び内容

◎試験種別で社会人枠（行政職）以外の場合

試験方法	内 容
小論文試験及び面接試験	文章表現力等の評価・個人面接

◎試験種別で社会人枠（行政職）の場合

試験区分	区 分	内 容
第 1 次 試 験	社会人基礎試験・適正検査	職務基礎力試験・職務適応性検査・クレペリン検査
第 2 次 試 験	作文試験・面接試験	文章表現力等の評価・個人面接

4 試験日等

◎試験種別で社会人枠（行政職）以外の場合

試験方法	試験実施場所	合否発表の時期と方法
申込受付後通知	大間病院	試験後、3週間以内に受験者全員に合否を郵送で通知

◎試験種別で社会人枠（行政職）の場合

試験区分	試験日	試験実施場所	合否発表の時期と方法
第1次試験	申込受付後通知	未定	受験者全員に合否を郵送で通知
第2次試験	未定	大間病院	受験者全員に合否を郵送で通知

5 受験申込方法

① 申込書受験：受験申込書類は自筆で記入し、総務係まで提出してください。

なお、郵送により申込みをする場合は、封筒の表に「受験申込み」と朱書きしてください。

※ 受験申込書類は、総務係で受取るほか、大間病院ホームページからダウンロードすることができます。

なお、郵送で請求する場合は、封筒の表に『受験申込書請求』と朱書きし、受験種類がわかるようにし、返信用封筒（長4大封筒に返信先の住所・氏名を明記し、84円切手を貼り宛名を明記）を同封してください。

② 顔写真：受験申込書添付のほか2枚（縦4cm×横3cm）。

6 受験通知

受験通知は申込受付後に郵送にて通知します。

7 申込み受付期間

令和2年4月1日（水）から随時受付（ただし、土曜日、日曜日及び休日を除く）

※ 上記の受付時間は、午前8時15分から午後5時までです。

郵送による場合は、受付期間終了日までの消印のあるものに限り受け付けます。

8 給与

基本給は、一部事務組合下北医療センター職員の給与に関する条例に基づき決定し、昇給は原則として年1回行います。

また、6月、12月に期末・勤勉手当、11月から3月まで寒冷地手当が支給されるほか、支給条件に応じて、扶養手当、通勤手当、住居手当等の各種手当が支給されます。

採用職種	初任給
看護師	大学卒 209,800円程度
	短大3卒 200,700円程度
臨床検査技師	大学卒 204,400円程度
	短大3卒 189,800円程度
薬剤師	大学6卒 210,500円程度
臨床工学技士	大学卒 188,400円程度
	短大3卒 177,400円程度
社会福祉士	大学卒 182,200円程度
社会人枠（行政職）	高卒（社会人経験5年以上） 171,700円程度

※臨床検査技師の初任給には調整額を含みます。

※初任給は職歴により一定の基準で加算措置があります。

※初任給は条例の改正により変更となる場合があります。

9 勤務時間、休日及び休暇

勤務時間は、午前8時15分から午後5時までで、毎週土・日曜日、祝日及び年末年始が休日となっています。年次有給休暇は、年間20日（4月採用の場合は、初年15日）で、残日数は20日を限度に繰越できます。その他の休暇として、結婚休暇、ボランティア休暇、夏季休暇などの特別休暇や介護休暇制度、育児休業制度などがあります。

10 その他

この試験についての「お問い合わせ」「受験申込み先」は下記のとおりです。

〒039-4601 青森県下北郡大間町大字大間字大間平 20-78 国保大間病院 総務係 ☎ 0175-37-2105
--

令和2年度国民健康保険大間病院職員採用試験受験申込書

大間病院職員採用試験に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、 添付書類

- ア 令和2年度国保大間病院採用試験受験申込（履歴）書・1部
- イ 「看護師免許証」の写し（A4サイズ）……………1部
- ウ 「看護師」学校卒業証明書又は卒業見込証明書……………1部
（有資格者は不要）
- エ 「看護師」学校成績証明書……………1部
- オ 顔写真「縦4cm×横3cm」……………1枚

※オの顔写真は、「履歴書」に貼り付けるほか必ず1枚添付願います。

2、 条 件

令和2年4月1日付け、大間病院公示「国保大間病院職員採用試験実施のお知らせ」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

令和2年度 一部事務組合下北医療センター 大間病院職員採用試験受験申込(履歴)書				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(写真欄)</div> <p style="font-size: small;">写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけないで、正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの大きさのものを糊でしっかり貼ってください。</p>		
試験職種	看護師	受験番号	※			
ふりがな氏名			性別			男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成 年 月 日 生 (満 歳)		申込時現在			
現住所	〒 アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。					
	電話 () -					
連絡先	〒 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。					
	氏名		電話 () -			
資格免許						
趣味・特技						
志望動機						
学歴	学校名	学部	学科	在学期間	区分(○で囲む)	
	中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒業	
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
※ 中学校から順にすべての学歴を記入してください。						

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	<ol style="list-style-type: none"> 1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。 						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

令和2年度国民健康保険大間病院職員採用試験受験申込書

大間病院職員採用試験に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、添付書類

- ア 令和2年度国保大間病院採用試験受験申込（履歴）書・1部
- イ 「臨床検査技師免許証」の写し（A4サイズ）……………1部
- ウ 「臨床検査技師」学校卒業証明書又は卒業見込証明書・1部
（有資格者は不要）
- エ 「臨床検査技師」学校成績証明書……………1部
- オ 顔写真「縦4cm×横3cm」……………1枚

※オの顔写真は、「履歴書」に貼り付けるほか必ず1枚添付願います。

2、条 件

令和2年4月1日付け、大間病院公示「国保大間病院職員採用試験実施のお知らせ」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金 澤 満 春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院職員採用試験受験申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけなくて、正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの大きさのものを糊でしっかり貼ってください。

試験職種	臨床検査技師	受験番号	※
ふりがな 氏名		性別	男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成	年	月 日 生(満 歳) 申込時現在

現住所	〒	アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。
		電話 () -

連絡先	〒	現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。
	氏名	電話 () -

資格免許	
------	--

趣味・特技	
-------	--

志望動機	
------	--

学歴	学校名	学部	学科	在学期間	区分(○で囲む)
		中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退

※ 中学校から順にすべての学歴を記入してください。

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年齢	続柄	職 業	氏 名	年齢	続柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

令和2年度国民健康保険大間病院職員採用試験受験申込書

大間病院職員採用試験に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、添付書類

- ア 令和2年度国保大間病院採用試験受験申込（履歴）書・1部
- イ 「薬剤師免許証」の写し（A4サイズ）……………1部
- ウ 「薬剤師」学校卒業証明書又は卒業見込証明書……………1部
（有資格者は不要）
- エ 「薬剤師」学校成績証明書……………1部
- オ 顔写真「縦4cm×横3cm」……………1枚

※オの顔写真は、「履歴書」に貼り付けるほか必ず1枚添付願います。

2、条 件

令和2年4月1日付け、大間病院公示「国保大間病院職員採用試験実施のお知らせ」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院職員採用試験受験申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけなくて、正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの大きさのものを糊でしっかり貼ってください。

試験職種	薬剤師	受験番号	※
ふりがな 氏名			性別 男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成 年 月 日 生 (満 歳) <small>申込時現在</small>		

〒 _____ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。

電話 () -

〒 _____ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。

氏名 _____ 電話 () -

資格免許

趣味・特技

志望動機

学歴	学校名	学部	学科	在学期間	区分(○で囲む)
		中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退

※ 中学校から順にすべての学歴を記入してください。

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年 月 日			
		取得済・取得見込		年 月 日			
		取得済・取得見込		年 月 日			
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年 月 日	から	
				昭・平・令	年 月 日	まで	
				昭・平・令	年 月 日	から	
				昭・平・令	年 月 日	まで	
				昭・平・令	年 月 日	から	
				昭・平・令	年 月 日	まで	
				昭・平・令	年 月 日	から	
				昭・平・令	年 月 日	まで	
				昭・平・令	年 月 日	から	
				昭・平・令	年 月 日	まで	
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	<ol style="list-style-type: none"> 1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。 						
※受付日	令和 年 月 日	※受付係印		※受験票 交付済印			

令和2年度国民健康保険大間病院職員採用試験受験申込書

大間病院職員採用試験に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、 添付書類

- ア 令和2年度国保大間病院採用試験受験申込（履歴）書・1部
- イ 「臨床工学技士免許証」の写し（A4サイズ）……………1部
- ウ 「臨床工学技士」学校卒業証明書又は卒業見込証明書・1部
（有資格者は不要）
- エ 「臨床工学技士」学校成績証明書……………1部
- オ 顔写真「縦4cm×横3cm」……………1枚

※オの顔写真は、「履歴書」に貼り付けるほか必ず1枚添付願います。

2、 条 件

令和2年4月1日付け、大間病院公示「国保大間病院職員採用試験実施のお知らせ」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日
住 所
氏 名

印

令和2年度 一部事務組合下北医療センター					
大間病院職員採用試験受験申込(履歴)書				(写真欄)	
試験職種	臨床工学技士	受験番号	※		
ふりがな 氏名			性別	男・女 (○で囲む)	
生年月日	昭和 平成		申込時現在 年 月 日生(満 歳)		
現住所	〒 アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。				
	電話 () -				
連絡先	〒 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。				
	氏名 電話 () -				
資格免許					
趣味・特技					
志望動機					
学 歴	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間	区分(○で囲む)
	中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒 業
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
※ 中学校から順にすべての学歴を記入してください。					

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけな
いで、正面から上半
身を写した縦4cm、横
3cmの大きさのものを
糊でしっかり貼ってく
ださい。

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

令和2年度国民健康保険大間病院職員採用試験受験申込書

大間病院職員採用試験に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、 添付書類

- ア 令和2年度国保大間病院採用試験受験申込（履歴）書・1部
- イ 「社会福祉士免許証」の写し（A4サイズ）……………1部
- ウ 「社会福祉士」学校卒業証明書又は卒業見込証明書 ……1部
（有資格者は不要）
- エ 「社会福祉士」学校成績証明書……………1部
- オ 顔写真「縦4cm×横3cm」……………1枚

※オの顔写真は、「履歴書」に貼り付けるほか必ず1枚添付願います。

2、 条 件

令和2年4月1日付け、大間病院公示「国保大間病院職員採用試験実施のお知らせ」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金 澤 満 春 殿

令和 年 月 日
住 所
氏 名

印

令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院職員採用試験受験申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので糊子をつけず、正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの大きさのものを糊でしっかり貼ってください。

試験職種	社会福祉士	受験番号	※
ふりがな 氏名			性別 男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成	年 月 日	申込時現在 生(満 歳)

現住所	〒 アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。
	電話 () -

連絡先	〒 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。
	氏名 電話 () -

資格免許	
------	--

趣味・特技	
-------	--

志望動機	
------	--

学歴	学校名	学部	学科	在学期間	区分(○で囲む)
		中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退

※ 中学校から順にすべての学歴を記入してください。

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

令和2年度国民健康保険大間病院職員採用試験受験申込書

大間病院職員採用試験に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、試験種別

「社会人枠〔行政職〕」

2、添付書類

- ア 令和2年度国保大間病院採用試験受験申込（履歴）書・1部
- イ 最終学校卒業証明書……………1部
- ウ 最終学校成績証明書……………1部
- エ 顔写真「縦4cm×横3cm」……………1枚

※エの顔写真は、「履歴書」に貼り付けるほか必ず1枚添付願います。

3、条 件

令和2年4月1日付け、大間病院公示「国保大間病院職員採用試験実施のお知らせ」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

令和2年度 一部事務組合下北医療センター 大間病院職員採用試験受験申込(履歴)書				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(写真欄)</div> 写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけな いで、正面から上半 身を写した縦4cm、横 3cmの大きさのものを 糊でしっかり貼って ください。	
試験職種	社会人枠(行政職)	受験番号	※		
ふりがな 氏名			性別	男・女 (○で囲む)	
生年月日	昭和 平成	年	月	日	生(満歳) <small>申込時現在</small>
現住所	〒 _____ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。 ----- 電話 () -				
連絡先	〒 _____ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。 ----- 氏名 _____ 電話 () -				
資格免許					
趣味・特技					
志望動機					
学 歴	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間	区 分(○で囲む)
	中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒 業
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
※ 中学校から順にすべての学歴を記入してください。					

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年齢	続柄	職 業	氏 名	年齢	続柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印