

令和2年度千葉市病院局職員採用試験受験申込書
[薬剤師] [診療放射線技師] [臨床検査技師] [栄養士] [言語聴覚士]
[理学療法士] [社会福祉士] [診療情報管理士] [事務(医療)]

記入上の注意

- 1 太枠内の項目について、必要事項を記入し、該当する□欄に✓を付けてください。
- 2 記載事項に虚偽又は不正があることが判明した場合は、合格を取り消します。
- 3 記入にあたってはボールペンを使用し、文字は横書き楷書で、数字は算用数字ではっきりと書いてください。
- 4 記入を訂正する場合は、誤った事項を二本線で消し、その上又は横に記入してください。(訂正印不要)
- 5 書類に不備があり、電話等により連絡がつかない場合は、受付せずに返送します。

私は、千葉市病院局職員採用試験受験案内に記載事項を了承のうえ、同試験を受験したいので申し込みます。
また、私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日 フリガナ

氏名

(姓) (名)

※日付および氏名は必ず自署してください。

試験区分	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 栄養士	
	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士	
	<input type="checkbox"/> 事務(医療)				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成	性別	国籍		
年齢	()歳 (令和3年4月1日時点)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 外国籍(永住者又は特別永住者に限る。) ⇒国籍を記入()		
現住所	〒 -				
	電話(携帯)番号※ - -	左記以外の番号 - -			
	Eメール※ @				
合格通知等の連絡先	〒 - 現住所以外への通知・連絡を希望する場合のみ記入してください。				
	電話番号 - -				
【薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・栄養士・言語聴覚士・理学療法士・社会福祉士・診療情報管理士のみ記入】 受験する試験区分に必要な資格免許について、□欄に✓をつけ、必要事項を記入してください。					
1	薬剤師	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	取得(見込)
2	診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	取得(見込)
3	臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	取得(見込)
4	栄養士	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	取得(見込)
5	言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	取得(見込)
6	理学療法士	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	取得(見込)
7	社会福祉士	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	取得(見込)
8	診療情報管理士	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	取得(見込)
※電話(携帯)番号欄、Eメール欄について ・電話(携帯)番号欄は、日中、確実に連絡がつくものを記入してください。 ・Eメール欄は、管理課からのEメール(jinzai.HOB@city.chiba.lg.jp)を確実に受信できるアドレスを記入してください。					受付印
※郵送による申込みについて ・申込書により受験資格等を審査した後、受験票を郵送しますので、切手(長形3号サイズの場合は84円分)を貼った宛て先明記の返信用封筒を申込書と一緒に郵送してください。なお、返信用封筒が料金不足の場合は、返送されない場合があります。					(記入しないこと。)

◎裏面にも必要事項がありますので、ご確認ください。

【事務（医療）のみ記入】

受験資格として必要な職務経験（20床以上の病院での職務経験が直近10年（平成22年9月1日～令和2年8月31日）において、**週あたり30時間以上**（残業等は含まない）の勤務を**1年以上継続して就業していた期間**）のみを最近のものから順に記入してください（**通算6年以上必要**）。

勤務先名 ※受験資格として必要な職務経験に該当する職務経験のみ記入してください。 ※派遣社員の場合は、派遣先の内容のみを記入してください。	主な職務内容	週あたりの 所定労働時間	受験資格としての必要な職務経験期間	
			通算（①+②+③…-⑧） （令和2年8月31日現在）	
			年 月 日～ 年 月 日	年 月間 ▼ 1か月未満切り捨て
①最終（現在）		30時間 <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	（例：平成31年4月1日～令和2年3月31日） 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職 年 月間
②その前		30時間 <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	年 月 日～ 年 月 日	年 月間
③その前		30時間 <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	年 月 日～ 年 月 日	年 月間
④その前		30時間 <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	年 月 日～ 年 月 日	年 月間
⑤その前		30時間 <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	年 月 日～ 年 月 日	年 月間
⑥その前		30時間 <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	年 月 日～ 年 月 日	年 月間
⑦その前		30時間 <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	年 月 日～ 年 月 日	年 月間

⑧上記①～⑦の期間内に休業期間はありますか。

あり（ありの場合は下欄に記入してください。） なし

休業等の種類	期 間	▼ 1か月未満切り捨て
<input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 病気休職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年 月間
<input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 病気休職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年 月間
<input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 病気休職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年 月間
<input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 病気休職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年 月間

申込者アンケート 今後の職員採用における募集活動等の参考とするため、アンケートにご協力をお願いします。該当する選択肢の番号に○を付け、記載事項があればご記入ください。**このアンケートの記入内容は、試験の合否には一切関係しません。**

この採用試験について、どちらで知りましたか？（複数回答可）

- 1 千葉市病院局管理課ホームページ 2 学校（卒業校）の就職支援部門
3 就活サイト(名称:) 4 家族・友人・知人等
5 その他()