



令和3年度

職員募集案内(随時)

(診療情報管理士)

| | |
|------|--------|
| 試験日 | 随時 |
| 受付期間 | 随時 |
| 試験会場 | 市立大森病院 |

問い合わせ・受験申込等

〒013-0525 秋田県横手市大森町字菅生田 245 番地 205

市立大森病院 総務課総務係

TEL 0182-26-2141(内線 5123)

<http://www.oomorihp.jp>

募集概要

I. 試験区分・採用予定人員

・診療情報管理士 1名程度

II. 受験資格

診療情報管理士 昭和61年4月2日以降に生まれた者で、次の条件を満たす者

a) 通勤に支障のない範囲に居住できる者

b) 診療情報管理士の資格を有する者

(2) 次のいずれかに該当する者は、受験できません。

イ) 日本国籍を有しない者

ロ) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行が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

受験手続き

1 提出書類

a) 申込書

b) 自己紹介(1)(2) ※自己紹介も選考の対象となります。

c) 受験票

受験票に自己紹介(1)に貼ったものと同じ写真を貼って下さい。

d) 免許証写

e) 受験票返信用封筒

返信用封筒(長3)に宛先を記入し、94円切手を貼って下さい。

f) 健康診断書

健康診断は最寄の病院で行っていただいて結構ですが、結果につきましては同封の健康診断書にて提出してください。

2 受付期間

平日 午前9時～午後5時 随時受付いたします。

3 提出先

〒013-0525 秋田県横手市大森町字菅生田 245-205

市立大森病院 総務課総務係

試験の日時・場所及び合格者の発表

1 試験日等

- I. 日 程 随時(応募者と日程調整)
- II. 試験会場 市立大森病院 人間ドック・健診センター2階
- III. 持参する物 受験票、筆記用具
(健康診断書を未提出の方は必ず持参してください)

2 合格者の発表日

試験当日会場において連絡します

3 採用時期

要相談となります。

横手市職員採用試験申込書

横手市職員採用試験を受験したいので、関係書類を添えて申し込みいたします。

| 試験区分 (✓をつけること) | * 受験番号 | | | | |
|---------------------------------------|--------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 (随時) | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|-------|---|---|---|---|
| ふりがな | | | | | |
| 氏名 | | | | | 印 |
| 本籍 (市町村まで) | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 生 |

| | | | | | |
|------------|-----|--|--|--|------------------|
| 現住所 〒 | | | | | |
| TEL | () | | | | 方 |
| 試験当日の連絡先 〒 | | | | | ※帰省先等確実に連絡が取れる場所 |
| TEL | () | | | | 方 |

《記入心得》

- ☆ この申込書には黒インクか黒のボールペンで必要事項を記入してください。
- ☆ *印欄には記入しないでください。
- ☆ 試験当日の連絡先は合否の通知等が確実に届くところを記入してください(電話番号も必ず記入)。

写真をはる位置

- 縦40mm
横30mm
- 本人単身胸から上
- 裏面のりづけ

*受験番号

自己紹介(1)

横手市

令和 年 月 日現在

| | | | | | | |
|--------------------|---|------|----------|--|------------------|--|
| ふりがな | | | 記入心得 | 1 この調書は必ず自分で記入して下さい。 2 記入する前に一度内容を通読して下さい。 3 この調書の①から④まではあなた自身のことについてそれぞれ記入することになっています。 4 各欄の※は記入上の注意事項ですからよく読んで下さい。 5 黒インク又は黒のボールペンでいねいに記入して下さい。 6 □のついている項目は、該当する□の中にレ印を入れて下さい。 7 数字は1,2,3,・・・を用いて下さい。 8 誤って記入した場合は二本の横線でまっ消し訂正印を押して下さい。 9 この調書が完全に記入されているかどうかもう一度確認して下さい。 | | |
| ①氏名 | | | | | | |
| ②生年月日 | | | | | | |
| ③性別 年齢 血液型 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (歳) | 型 | | | | |
| ④ふりがな 現住所 | | | | | | |
| ⑤学歴 | ※ 小学校から最終の学校(養成所等を含む。)まで、そのすべてを正確に記入して下さい。 | | | | | |
| 在学期間 | 学 校 名 | 学部科名 | 所在地 | 修業年限 | 卒業 中退の別 | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | 年 | 卒 年 退 卒 卒 見 込 | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | 年 | 卒 年 退 卒 卒 見 込 | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | 年 | 卒 年 退 卒 卒 見 込 | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | 年 | 卒 年 退 卒 卒 見 込 | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | 年 | 卒 年 退 卒 卒 見 込 | |
| ⑥資格免許等 | ※ 各種の検定試験資格試験の合格又は、各種免許取得等の事実があればそのすべてを正確に記入して下さい。 | | | | | |
| 試験合格又は 免許下附年月日 | 試 験 又 は 免 許 の 名 称 | | | 所 轄 し て い る 機 関 名 | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| ⑦職歴 | ※ あなたが学校を卒業してから現在までについて一切の職業(家業等を含む。)を一つ一つ年代順にくわしく記入して下さい。また職についていない期間も明記して空白期間がないように記入して下さい。 | | | | | |
| 在職期間 | 勤 務 先 | 所在地 | 地位又は職務内容 | 月 収 | 退 職 理 由 | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | |
| 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | |

⑧ 志望動機（詳しく記入してください）

⑨ 得意学科名

⑩ 趣味・余暇活動

⑪ 自分の特徴（長所・短所等）

⑫ 最近関心を持った事柄

⑬ 身体状況 ※ あなたの身体状況を良心にしたがって正確に記入して下さい。

頑健 健康 やや不健康 不健康

既応症

ある

ない

ある場合

病名（

治療年月日（

）

）

⑭ 家族現住所

TEL

| 家 族 | 氏名 | 生年月日 | あなたとの 続柄 | 職名または勤務先（地名 名称 部課 役職名） 又は通学校名学年 | 備考 |
|--------|----|------|-------------|------------------------------------|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

⑮ 自己PR

○ 別葉[自己紹介(2)]A4判に次のポイントについて積極的に自己PRして下さい。

- ・ 学生生活・社会生活での諸活動
- ・ 自己の優れた才能・特技
- ・ 他の人と比べて違うと思われる経験・能力
- ・ 用紙の使い方、書き方は自由です。写真や図を書いても結構です。

上記の事項は、私が良心に従って記入したもので、真実かつ正確であること誓います。

万一この記入した事項が真実と相違し、正確を欠くものであることが採用後において判明したときは私は採用を取り消されても異存がありません。

令和 年 月 日

氏名

印

自己紹介 (2)

| | | | | |
|--------|--|--|--|--|
| * 受験番号 | | | | |
| | | | | |

| | |
|----|--|
| 氏名 | |
|----|--|

| |
|--|
| |
|--|

健康診断書

| | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------|--------------|-------------|--|----------------------|-------|---------|
| 住所 | | | | | | | |
| 氏名 | | 性別 | 男女 | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 () 歳 | | |
| 既往歴 | 血液検査 | 赤血球 | 万/mm | 肝機能 | AST(GOT) IU/I | | |
| | | 白血球 | /mm | | ALT(GPT) IU/I | | |
| 自覚・他覚症状 | | 血色素量 | g/dl | 脂質 | γ-GTP IU/I | | |
| 身長 | cm | 腹囲 | cm | | 中性脂肪 | mg/dl | |
| 体重 | kg | BMI | | HDL・コレステロール | mg/dl | | |
| 視力 | 右 () 左 () | 血糖 | (空腹時) mg/dl | LDL・コレステロール | mg/dl | | |
| 血圧 | mm/Hg | | 尿 | 蛋白質 | (- ± + ++ +++) | | |
| 胸部X線検査(直接) 異常 (なし・あり) | | 糖 | | (- ± + ++ +++) | | | |
| | | 抗体価 | | 項目 | 測定法 | 数値 | ワクチン接種日 |
| 心電図 所見 | | 年 月 日撮影 | | ムンプス | EIA | | 年 月 日 |
| | | 異常 (なし・あり) | | 風疹 | EIA | | 年 月 日 |
| 聴力 | | 右 | 左 | 備考 | 麻疹 | EIA | 年 月 日 |
| | | 1000Hz | | | 水痘 | EIA | 年 月 日 |
| 4000Hz | | | | ※抗体検査結果で陰性または疑陽性判定の方は、採用決定後ワクチン接種を実施していただくことになります。 | | | |
| (総合判定) 1.異常なし 2.経過観察 3.要精査 4.要治療 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | 所在地: _____ | | | | | |
| | | 医療機関名: _____ | | | | | |
| | | 医師 _____ | | | | 印 | |