

令和3年度



横手市職員採用試験案内

(看護師)

試験日	令和3年11月14日(日)
受付期間	令和3年10月4日(月)～令和3年10月29日(金) 必着
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

・看護師 2人程度

II. 受験資格

(1) 看護師 昭和56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) 職種の免許を有する者または令和4年3月までに実施される国家試験等により免許取得見込の者

(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
免許取得見込みの方は、学校等の卒業見込証明書又は卒業証明書
- 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) 成績証明書(免許を取得している方は不要です。)
学校等の発行した証明書(コピー不可)※
- g) 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

令和3年10月4日(月)～令和3年10月29日(金) 必着

・平日 午前9時～午後5時

試験の日時・場所及び合格者の発表

1 試験日等

- I. 日 程 令和3年11月14日(日)
 - (1) 論文試験 45分
 - (2) 面接試験 15分程度
- 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. 試験開始 午前9時～
- IV. 受付時間 午前8時30分～午前8時50分
- V. 持参する物 受験票、筆記用具
(成績証明書、健康診断書を未提出の方は必ず持参してください)

※受験者数により日程を変更することがあります。その場合は通知いたします。

2 合格者の発表日

試験当日会場において連絡します

3 合格してから採用まで

合格者は採用候補者名簿に登載され、その中から採用者が決定されます。

この名簿からの採用は、令和4年4月1日以降の予定です。

ただし、受験した区分の免許取得見込みの方が、免許取得できなかった場合は採用となりません。

なお、6ヵ月間は条件付採用期間で、この期間を良好に勤務した後に正式採用となります。

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"/> 看護師					

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
 1. 縦40mm
 横30mm
 2. 本人単身胸から
 上
 3. 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	□男 □女 (歳)	型			
④ ふりがな 現住所					
⑤ 学 歴	※ 中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
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。 （欄が不足する方は、別紙に記入下さい）				
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					
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た一切の職業（家業等を含む。）を年代順に詳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。（欄が不足する方は別紙に記入下さい）				
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 身体の状況 ※ あなたの身体の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 病名（ ）
ある場合 治療年月日（ ）

⑭ 家族現住所 〒 TEL

	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
家					
族					

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	
----	--

--

受 験 票

以下の注意事項をよく読み、切取線に沿って切り取り、「申込書」、「自己紹介(1)・(2)」とともに提出してください。

注意事項

- ・自己紹介(1)に貼ったものと同じ写真を貼ってください。

令和3年度 横手市職員採用試験	
受 験 票	
試験日	令和3年11月14日(日)
受 付	AM8:30~AM8:50
試験場	市立大森病院
持参品	受験票、筆記用具 (健康診断書)

写 真 欄
40mm×30mm

切り取り線

健康診断書

住所								
氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 年 月 日 () 歳 平成			
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		γ-GTP	IU/I	
			ヘマトクリット	%	脂質	中性脂肪	mg/dl	
身長	cm	腹囲	cm			HDL・コレステロール	mg/dl	
体重	kg	BMI				LDL・コレステロール	mg/dl	
視力 右 () 左 ()		血糖	(空腹時) mg/dl					
血圧		mm/Hg		尿				
胸部X線検査(直接) 異常 (なし・あり) 年 月 日撮影		蛋白		(- ± + ++ +++)				
		糖		(- ± + ++ +++)				
		抗体価	項目	測定法	数値	ワクチン接種日		
			ムンプス	EIA		年 月 日		
			風疹	EIA		年 月 日		
麻疹	EIA			年 月 日				
心電図		異常 (なし・あり)		水痘				
所見		※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。						
聴力		右	左	備考				
	1000Hz							
	4000Hz							
(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								