

松戸市病院事業 職員採用試験受験申込書

私は、松戸市病院事業職員採用試験を受験したいので、応募資格をすべて満たしたうえ、必要書類を添え申し込みます。

私は、次に掲げる各号のいずれも該当しておりません。また、提出した書類の記載事項は事実と相違ありません。

- 1 禁錮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
- 2 松戸市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
- 3 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、又はこれに加入した者

年 月 日

(自署サイン)

受験番号	
------	--

職種		試験日	第 回 (月 日)
----	--	-----	------------

採用可能日	年 月 日
-------	-------

ふりがな		性別	生年月日	年齢
------	--	----	------	----

氏名		男・女	年 月 日	歳
----	--	-----	-------	---

ふりがな		電話番号
------	--	------

現住所	〒	
-----	---	--

連絡先	現住所以外に書類を送付希望する場合のみ記載すること。	携帯電話番号
	〒	(緊急時の連絡)

e-mail	
--------	--

最終学歴	学校名	学部・学科名
	卒業・卒業見込み	

..... 切り取らないでください

松戸市病院事業 職員採用試験受験票 (令和 年度 第 回)

<p>写真を必ず貼付</p> <p>上半身脱帽正面向 6ヶ月以内に撮影 サイズ (4cm×3cm) *写真の裏面に 氏名を記入</p>

受験番号	
------	--

職種	
----	--

ふりがな		性別	生年月日	年齢
------	--	----	------	----

氏名		男・女	年 月 日	歳
----	--	-----	-------	---

※当日必ず持参すること。

履 歴 書

受験番号	
------	--

職種			
ふりがな		性別	生年月日
氏名			年 月 日
ふりがな			電話番号
現住所	〒		
e-mail			

写真を必ず貼付

上半身脱帽正面向
6ヶ月以内に撮影
サイズ(4cm×3cm)
*写真の裏面に
氏名を記入

学歴	学校名	学部・学科名	期間	修学年数	修学区分
高等専門学校から最終の学歴まで記入すること。			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中
			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中
			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中
			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中
			年 月から 年 月まで		・卒業 ・年退学 ・卒業見込み ・在学中

医療関連 ・資格 ・免許	資格名	取得日	取扱機関
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

その他 ・資格 ・免許	名称	合格・取得年月日	取扱機関
		合格 年 月 日	
		取得 年 月 日	
		合格 年 月 日	
		取得 年 月 日	
		合格 年 月 日	
		取得 年 月 日	

転居予定	有 () ・ 無 → 想定通勤時間： 時間 分		
扶養家族数	人 (配偶者を除く)	配偶者	有 ・ 無 配偶者の扶養義務 有 ・ 無

職歴	No.	名称等	所属・職務内容※1	職制・役割	勤務形態※2	
	1	名 称【 】				ア・イ・ウ・エ
		在職期間【 年 月 日～ 年 月 日】				ア・イ・ウ・エ
		勤務形態【 正規 非正規 その他 】				ア・イ・ウ・エ
	2	名 称【 】				ア・イ・ウ・エ
		在職期間【 年 月 日～ 年 月 日】				ア・イ・ウ・エ
		勤務形態【 正規 非正規 その他 】				ア・イ・ウ・エ
	3	名 称【 】				ア・イ・ウ・エ
		在職期間【 年 月 日～ 年 月 日】				ア・イ・ウ・エ
		勤務形態【 正規 非正規 その他 】				ア・イ・ウ・エ
4	名 称【 】				ア・イ・ウ・エ	
	在職期間【 年 月 日～ 年 月 日】				ア・イ・ウ・エ	
	勤務形態【 正規 非正規 その他 】				ア・イ・ウ・エ	
5	名 称【 】				ア・イ・ウ・エ	
	在職期間【 年 月 日～ 年 月 日】				ア・イ・ウ・エ	
	勤務形態【 正規 非正規 その他 】				ア・イ・ウ・エ	
6	名 称【 】				ア・イ・ウ・エ	
	在職期間【 年 月 日～ 年 月 日】				ア・イ・ウ・エ	
	勤務形態【 正規 非正規 その他 】				ア・イ・ウ・エ	
7	名 称【 】				ア・イ・ウ・エ	
	在職期間【 年 月 日～ 年 月 日】				ア・イ・ウ・エ	
	勤務形態【 正規 非正規 その他 】				ア・イ・ウ・エ	
8	名 称【 】				ア・イ・ウ・エ	
	在職期間【 年 月 日～ 年 月 日】				ア・イ・ウ・エ	
	勤務形態【 正規 非正規 その他 】				ア・イ・ウ・エ	

※1 職務内容には、経験した診療科と、病棟・外来など、どのような業務に従事したか簡潔に記入してください。

※2 ア（日勤）・イ（二交替） ・ウ（三交替） ・エ（その他）

除算期間（病休・産 休・育休等の 取得歴）	事由	期間	備考
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	

医療関係の研修会への参加歴	研修会名	主催者	開催日
			年 月 日（ 日間）
			年 月 日（ 日間）
			年 月 日（ 日間）
			年 月 日（ 日間）
			年 月 日（ 日間）
			年 月 日（ 日間）
			年 月 日（ 日間）

賞罰等	
-----	--

受験番号

医療職を志望した 動機（いつから）	
就職希望の理由 動機（いつから）	
看護職として発揮 できると思われる	
看護職として今後目指し たいもの	<input type="checkbox"/> ジェネラリスト（全般、外科系、内科系、成人、小児、救急、）
	<input type="checkbox"/> 管理職
	<input type="checkbox"/> 認定・専門看護師（分野：）
	<input type="checkbox"/> 教員
	<input type="checkbox"/> その他（）
採用時に希望する事項 （考慮を必要とする等）	採用時、希望する部署または分野
	第一希望（）
	第二希望（）
	第三希望（）
	採用時、考慮してほしいこと（）
その他（）	

受験番号	
------	--

今までの経験の中で一番ストレスを感じたことを教えてください。また、どのように対処しましたか。

「これなら誰にも負けない」「絶対自信がある」ことは何ですか。

自分自身を自由に表現してください。

その他、事務的確認事項
松戸市病院事業での経験等

無		
有	区分（実習、見学等）	時期
		年 月 日 ～ 年 月 日（日間）
		年 月 日 ～ 年 月 日（日間）
		年 月 日 ～ 年 月 日（日間）
		年 月 日 ～ 年 月 日（日間）

保育所・寮・駐車場の希望（空き状況等により、利用できない場合があります。）

保育所	あり・なし	寮	あり・なし	駐車場	あり・なし
-----	-------	---	-------	-----	-------

電子カルテ・PC操作

電子カルテ	あり・なし	PC操作	タイピング・インターネット検索・WORD・EXCEL
-------	-------	------	----------------------------

〈記入要項〉

1 受験申込書

- (1) 試験日は、試験実施日を記入してください。
- (2) 採用可能日：卒業見込み者は、来年度の4月1日の日付を記入してください。
有資格者は、予定で結構ですので、必ず記入してください。（各月1日）
- (3) 連絡先は、現住所以外に書類を送付希望する場合のみ記入してください。
- (4) 携帯電話番号は、緊急時の連絡先として記入してください。なお、上段の電話番号に記入した場合は記入不要です。
- (5) 受験票は当院で切り離しますので、切り離さず、職種・名前・性別等を記入の上、提出してください。

2 履歴書

- (1) 転居予定は、採用を前提として記入してください。
- (2) 職歴は、すべて記入してください。なお、職務内容等は、医療機関に従事していた場合のみ記入してください。
- (3) 現在就労中の方は、職歴の在職期間終了日に退職予定日を記入してください。
- (4) PC操作は、タイピング、インターネット検索、WORDでの文書作成、EXCELでの簡易な表計算作成程度の操作ができる場合は、各項目に○を付けてください。
- (5) 受験申込書・履歴書は、片面で印刷してください。

〈提出書類〉

- (1) 受験申込書・履歴書（松戸市病院事業指定様式）
- (2) ① 有資格者：当該免許書の写し
② 卒業見込み者：卒業見込証明書・成績証明書
 - ・学校の都合で成績証明書を期日内に準備できない方は、在学証明書を添付してください。また、その場合には、試験実施日までに必ず成績証明書を提出してください。
 - ・助産師を受験する方は、看護師養成機関在籍時の成績証明書を提出してください。

※ 提出書類に不備等があった場合、受験できないことがありますのでご注意ください。
また、提出書類は返却できません。

不明な点

記入する際に、不明な点がありましたら、お問い合わせください。

【お問合せ先】

〒270-2296 千葉県松戸市千駄堀993番地の1
松戸市病院事業 事務局人事課
電話 047-712-0715（直通）
e-mail mchjinji@city.matsudo.chiba.jp