

岡山市立総合医療センター
(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士) 採用試験受験申込書① 記入要領

- 1 記載事項に誤りや不正があると、職員に採用される資格を失うことがあります。
- 2 ※印欄を除くすべての欄に、インク又はボールペン（消せるボールペン不可）を用いてかい書
でていねいに自書してください。
試験区分については受験職種と該当するアルファベットを記入し、表題の受験資格を○で囲
んでください。
数字は算用数字を用い、フリガナはカタカナで書いてください。
該当する事項は○で囲んでください。
- 3 写真、記入した日付、署名及び印のないものは、原則として受付できません。
- 4 受験票には、写真を貼り、必要事項をきれいに記入してください。

試験区分 は、理学療法士（A）作業療法士（B）言語聴覚士（C）のいずれかを必ず記入してく
ださい。

現住所 は、現在住んでいるところで、他家に同居している場合には必ず同居先を詳しく記入
してください。記入内容を電話で確認する場合がありますので、電話番号は本人と
確実に連絡がとれるものを正確に記入してください。

連絡先 は、合格通知その他の連絡を現住所以外のところに希望する場合のみ記入してくださ
い。
「連絡先」を記入してある場合、郵便物はすべて「連絡先」に送付します。

学歴 は、専門学校等を含め、高等学校以降のものを記入してください。卒・卒見等の区別は、
受験資格にかかわりますので必ず○で囲んでください。

職歴 は、自家営業を含めて、今までの勤務経験を記入してください。
（勤務経験のない場合は「なし」と記入してください。）

免許・資格 は、取得見込のものも記入してください。取得又は見込を○で囲んでください。
受験資格にかかわるものは必ず記入してください。

岡山市立総合医療センター
(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士) 採用試験受験申込書② 記入要領

採用試験受験申込書②は、口述試験の基礎資料になるものです。必ず自書してください。
下記の記入要領等をよく読んでから記入してください。

記

- 1 「あなたはどんな社会人でありたいと思っていますか」欄には、自分自身の意見を記入してくだ
さい。
- 2 「やってみたい仕事」欄には、岡山市立総合医療センターに採用された場合に、やってみたいと
考えている仕事をできるだけ具体的に記入してください。
- 3 「自分の性格」欄には、自分自身からみた自分の性格の特徴を記入してください。
- 4 「趣味・娯楽・特技」欄には特筆すべきものを、「スポーツ・文化・芸術活動」欄には、学校、
地域、職場等での所属クラブ名、活動実績などをできる限り詳しく記入してください。
- 5 「地域活動・ボランティア活動」欄には、学校、地域、職場等での活動実績などをできる限り詳
しく記入してください。
- 6 「他の就職試験の受験状況」欄には、受験している試験、団体、企業業種を記入し、現在の状況
（内定、最終合格発表前、一次試験合格など）も併せて記入下さい。公務員試験については試験名
（例 国家公務員採用Ⅰ種試験、〇〇市採用試験など）、民間企業については企業名あるいは業
種 を記入してください。受験予定のものも含めてください。

岡山市立総合医療センター
 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士) 採用試験受験申込書①

試験区分 ()				受験番号 ※			
フリガナ							
氏名							
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	満才	性別	男・女
フリガナ							
現住所 〒				TEL			
フリガナ							
連絡先 〒				TEL			

写真
(タテ5cm×ヨコ4cm)

1 写真を貼って提出してください

2 最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとし、ノリを全面につけて貼ってください

学歴	学校名	学部・学科・課程名	所在地	在学期間	卒・卒見等の区別	
		高等学校		市区 町村	昭・平 年 月～ 年 月	卒・中退・ 転校
				市区 町村	昭・平 年 月～ 年 月	卒・中退・ 転校
				市区 町村	昭・平 年 月～ 年 月	卒・中退・ 転校
		最終 (現在)		市区 町村	昭・平 年 月～ 年 月	卒・中退・ 転校・卒見

職歴	勤務先(部署名まで)	職務内容	勤務形態	所在地	勤務期間
			正規 非正規	市区 町村	昭・平 年 月～ 年 月
			正規 非正規	市区 町村	昭・平 年 月～ 年 月
			正規 非正規	市区 町村	昭・平 年 月～ 年 月
			正規 非正規	市区 町村	昭・平 年 月～ 年 月

※職歴欄が不足の場合は、別紙に記入ください。

免許・資格	名称	取得年月
	普通自動車運転免許	昭 平 年 月 取得 取得見込み
		昭 平 年 月 取得 取得見込み
		昭 平 年 月 取得 取得見込み
		昭 平 年 月 取得 取得見込み

上記のとおり受験を申し込みます。なお、私はこの申込書の記載事項に相違ありません。

平成30年 月 日 氏名 ㊞

受験番号 ※

趣味・娯楽・特技

スポーツ・文化・芸術活動

部・クラブ名	委員・役員など	実績など
・中 学		
・高 校		
・大学等		
・地域等		

地域活動・ボランティア活動

他の就職試験の受験状況

試験、団体、企業業種等	現在の状況（例：内定、最終合格発表前など）

平成30年度 地方独立行政法人 岡山市立総合医療センター
職員（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）採用試験

受 験 票

受 験 上 の 注 意

試験区分 ()	※受験番号	写 真 (タテ5cm×ヨコ4cm) 1 写真は申込書にはつ たものと同じものを はってください。 2 ノリを写真の裏全面 につけてはってください。 平成 年 月撮影
フリガナ 氏 名 男・女	昭・平 年 月 日生	
試験日	平成30年11月13日(火)	
試験場	岡山市立市民病院 1階多目的ホール (岡山市北区北長瀬表町三丁目20-1)	

- 1 受付は午前9時20分から9時45分まで
- 2 写真のないものは受験できません
- 3 持参品 この受験票、筆記用具（HBの鉛筆、プラスチック消しゴム）

※には記入しないでください

