

茨城県病院局職員採用選考試験申込書
【診療情報管理士】

試 験 日	平成 年 月 日 ()		
(ふりがな) 氏 名	()		(印)
生年月日	昭 和	年 月 日 (才)	平 成
在学又は 最終学校名	昭和・平成 年 月 卒業・卒業見込		
資格免許 取得の有無	資格名称	診療情報管理士	昭和・平成 年 月 日取得・取得見込

※ 参考までに、本採用選考試験をお知りになったきっかけに○を付けてください（複数回答可）。

1. 知人からの紹介	2. 県・各病院のホームページを見て
3. 新聞折り込みを見て	4. 学校からの紹介
5. その他（具体的に： _____)	

履 歴 書

No. 1

写 真 4 cm × 4 cm	(ふりがな)				
	氏 名	(印)			
	旧 氏 名	(異動：昭・平 年 月 日)			
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日 (才)	性別	配偶者の有無 有 ・ 無	
(ふりがな) 現 住 所	〒 (-)			電 話	
(ふりがな) 連 絡 先 <small>※現住所以外に連絡を 希望する場合のみ記入</small>	〒 (-)			電 話	
学 歴 (小学校から記載すること)	学 校 名 学部学科名 (専攻科目)	修 学 期 間	年 数	修 学 区 分	
		年 月 日～ 年 月 日		卒	第 学年 卒見込 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒	第 学年 卒見込 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒	第 学年 卒見込 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒	第 学年 卒見込 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒	第 学年 卒見込 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒	第 学年 卒見込 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒	第 学年 卒見込 修・退

*履歴書No. 2も記入願います。

履 歴 書

No. 2

資 格 免 許 等	試験・資格・免許の名称	取得年月日	取扱機関
	診療情報管理士	昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
職 歴	在職期間	勤務先	職務内容
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤

※職務内容欄の「常勤（フルタイム勤務）」又は「非常勤（勤務時間がフルタイムに満たない）」に○をしてください。

私は、地方公務員法第16条の規定に該当しておりません。
また、この履歴書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

受験者氏名（自署）

面 接 表

(ふりがな)	受験番号	性別	備考
氏 名 生年月日 (昭和・平成 年 月 日)	※		
在学中最も得意とした学科			
在学中最も不得意とした学科			
性 格			
所属クラブ等			
資格・特技			
趣味・嗜好			
好きなスポーツ			
志望の動機・理由			
自己アピールしたいことがあれば記入してください			

※ 受験番号は空欄のままでも結構です。
 本表は口述考査（面接試験）に使用します。

身 体 検 査 書

茨城県病院局

氏 名		生年月日	年 月 日生
現 住 所			

身 長		cm	眼 疾	有 () ・ 無
体 重		kg	聴 力	正常・異常 ()
胸 囲		cm	耳 疾	有 () ・ 無
四 肢	正常・異常 ()		血 圧	～ mmHg
視 力	右	()	尿 検 査	蛋白：－ 土 + 卅 卅 糖：－ 土 + 卅 卅 ウロビリノーゲン：正常・異常
	左	矯 正 ()		
胸 部 X 線 検 査	所 見 ()			
既 往 症	有 () ・ 無			
現在治療中の疾 病	有 () ・ 無			
そ の 他 の 所 見	有 () ・ 無			
精密検査の要 否	要 () ・ 否			

検査の結果は、上記のとおりです。

平成 年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 氏 名



*お 願 い

- ・各欄の () の中には具体的に記入してください。
- ・精密検査の必要があると認める場合は、疾病、検査名等について指示願います。

身体検査を受ける場合の注意事項

身体検査を受ける場合は、次の事項に注意してください。

1. 身体検査書用紙を医療機関に持参し、同医療機関の指示に従い身体検査を受けること。
2. 身体検査書の氏名・住所・生年月日欄は、各自が正確に記入しておくこと。
3. 検査に要した経費は本人負担となるので、当該医療機関の指示に従い納付すること。