

# 美濃市職員（薬剤師）採用試験実施要項

## 1 採用職種・募集人員・受験資格

昭和34年4月2日以降に生まれた方で、次の表のとおりです。

| 職種及び募集人員 | 受験資格     |
|----------|----------|
| ・薬剤師 1名  | 薬剤師免許取得者 |

上記の他、次の各号の一に該当する人は受験できません。

- (1) 成年被後見人又は被保佐人
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終えるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (3) 日本国憲法施行の以降において、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人

## 2 採用時期

随時（ご相談に応じます）

## 3 受験手続

### (1) 申込書の交付

申込書は、美濃市立美濃病院でお渡しします。

（美濃市立美濃病院ホームページの申込書もご利用いただけます。）

### (2) 申込方法

申込書に必要な事項を自筆で記入し提出してください。（郵送可）

### (3) 提出書類

- ① 美濃市職員（薬剤師）採用試験申込書
- ② 薬剤師免許証（写し）
- ③ 健康診断書（申込日3ヶ月以内に診断を受けたもの）

- (4) 受付期間  
午前8時30分から午後5時15分まで受け付けます。  
ただし、土・日曜日、祝祭日は受付を行いません。

- (5) 受付場所  
・美濃市立美濃病院事務局

#### 4 試験日程・試験内容

- (1) 日 時 申込書受理後通知します。  
(2) 場 所 美濃市立美濃病院  
(3) 試験の内容 筆記試験・小論文（テーマは当日発表します。）・面接試験  
(4) 可否の通知 受験者全員に通知します。

#### 5 勤務条件等（平成30年4月1日現在）

- (1) 初任給 4年生大学卒210,900円  
(上記に研究手当が加算されます。)  
※実務経験者は勤務経験期間を考慮のうえ決定します。  
(2) 諸手当（扶養手当・通勤手当・期末勤勉手当など）や休暇等は、美濃市の規定によります。

#### 6 その他

- (1) 試験日には、筆記用具（鉛筆、消しゴム等）を持参してください。  
(2) この試験について詳しいことをお尋ねの場合は、下記まで連絡してください。

お問合せ先

〒501-3746  
美濃市中央4丁目3番地  
美濃市立美濃病院事務局  
TEL 0575-33-1221

# 美濃市職員（美濃病院薬剤師）採用試験申込書

美濃市長 様

このたび、美濃市職員（美濃病院薬剤師）に採用されたく、関係書類を添えて申し込みます。  
平成 年 月 日

申込者氏名

印

## 履 歴 票

### 写 真 欄

1 6か月以内、脱帽、上半身 正面縦で撮影し、本人と確認できるもの

2 申込時に写真をはり提出。

|   |         |                                      |               |                       |  |
|---|---------|--------------------------------------|---------------|-----------------------|--|
| 1 氏 名 (ふりがな)                                  |         | 2 生年月日・年齢・性別                         |               | ※受 験 番 号              |  |
|   |         | 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 |               |                       |  |
|   |         | 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女 |               |                       |  |
|   |         | 年齢 歳 (申込時)                           |               |                       |  |
| 3 現住所 (ふりがな) (同居人の場合は、同居先も書いてください。)<br>(〒 — ) |         |                                      |               |                       |  |
| (電話 市外局番 局 — 番)                               |         |                                      |               |                       |  |
| 4 連絡先 (現住所以外に連絡先があればその連絡先)<br>(〒 — )          |         |                                      |               |                       |  |
| (電話 市外局番 局 — 番)                               |         |                                      |               |                       |  |
| 5 学 歴 (現在または最終学歴を書いてください。住所地は市町村まで書いてください。)   |         |                                      |               |                       |  |
| 学 校 名   | 学 部 科 名 | 所 在 地                                | 期 間           | 学 年 を 記 入 し、○ で か こ む |  |
|   |         |                                      | 年 月 から 年 月 まで | 学 年 卒・卒見・在・中退         |  |

|   |     |       |                |                          |    |    |
|---|-----|-------|----------------|--------------------------|----|----|
| <b>6 職歴</b> 就職したことについて、新しいものから順に詳しく書いてください。（自営業も含まれます。書ききれない場合は別紙にて添付してください。） |     |       |                |                          |    |    |
| 勤務先   | 部課名 | 所在地   | 在職期間           | 職務内容                     | 給料 | 備考 |
|   |     |       | 年 月～ 年 月       |                          | 円  |    |
|   |     |       | 年 月～ 年 月       |                          |    |    |
|   |     |       | 年 月～ 年 月       |                          |    |    |
|   |     |       | 年 月～ 年 月       |                          |    |    |
| <b>7 特殊技能</b> 検定、資格免許（管理栄養士免許のほか、自動車運転免許、英語検定、珠算免許等）を有する人は記入してください。           |     |       |                |                          |    |    |
| 名称  | 種類  | 取得年月日 | 資格・免許等の認定、交付機関 |                          |    |    |
|   |     |       |                |                          |    |    |
|   |     |       |                |                          |    |    |
|   |     |       |                |                          |    |    |
| <b>8 志望の動機</b>  |     |       |                | <b>9 自己紹介文</b>           |    |    |
| <b>10 次の質問に答えてください。</b>   |     |       |                |                          |    |    |
| (1) 成年被後見人や被保佐人の宣告を受けたことがありますか。   |     |       |                | <input type="checkbox"/> | ある |    |
|   |     |       |                | <input type="checkbox"/> | ない |    |
| (2) かつて、禁こ以上の刑に処せられたことがありますか。   |     |       |                | <input type="checkbox"/> | ある |    |
|   |     |       |                | <input type="checkbox"/> | ない |    |
| (3) かつて美濃市において、懲戒免職になったことがありますか。  |     |       |                | <input type="checkbox"/> | ある |    |
|   |     |       |                | <input type="checkbox"/> | ない |    |
| (4) 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<br>主張する政党や団体を結成し、又はこれに加入したことがありますか。           |     |       |                | <input type="checkbox"/> | ある |    |
|   |     |       |                | <input type="checkbox"/> | ない |    |

記入上の注意事項

- ・ □の該当するものにチェック レ印を付けてください。
- ・ 数字は算用数字を用い、※の欄を除く全ての欄にもれなく記入してください。
- ・ 記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- ・ 必ず受験者本人が記入してください。

# 健康診断書

|      |                 |
|------|-----------------|
| 住 所  |                 |
| 氏 名  |                 |
| 生年月日 | 年      月      日 |

|       |   |   |
|-------|---|---|
| I     | 1. 身長   | cm  |
|       | 2. 体重   | kg  |
|       | 3. 視力   | 左      .      (      .      )      右      .      (      .      )      |
|       | 4. 聴力   | 右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    (      ) |
|       |   | 左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    (      ) |
|       | 5. 血圧   | 最高                      mmHg      最低                      mmHg        |
|       | 6. 尿  | 蛋白   - , ± , + (      mg/dℓ)      糖   - , ± , + (      mg/dℓ)         |
|       | 7. 身体的能力  | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    (      )   |
| 8. 言語 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    (      ) |   |

|    |              |   |
|----|--------------|---|
| II | 1. 胸部疾患      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    (      ) |
|    | 2. 腹部疾患      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    (      ) |
|    | 3. その他の異常・疾患 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    (      ) |
|    | 4. 胸部X線検査    | 年      月      日 撮影  |
|    | 異常所見         | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    (      ) |

|     |             |  |
|-----|-------------|--|
| III | その他<br>特記事項 |  |
|-----|-------------|--|

上記のとおり、診断します。

平成      年      月      日

住      所

医療機関名

医 師 名

Ⓜ