

美濃市職員（理学療法士）採用試験実施要項

1 採用職種・募集人員・受験資格

平成2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
・理学療法士 若干名	理学療法士の有資格者（本年度資格取得見込の方を含む）

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) 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
- (2) 美濃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

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（理学療法士）採用試験申込書
- ② 理学療法士免許証（写し）又は卒業（見込）証明書（本年度資格取得見込の方）
- 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

- ・随時
- ・受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで（土・日曜日・祝日を除く）

(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 程 随時
申込時にご都合をお知らせください。
- (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 受験者全員に採用の可否を通知します。

5 勤務条件等（令和6年4月1日現在）

- (1) 初任給 大学卒 213,700円+27,781円（業務手当等）
短大3卒 209,000円+27,170円（ " ）
※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・時間外勤務手当・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

随時採用 美濃市職員（理学療法士）採用試験申込書

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。

美濃市長 様

このたび、美濃市職員（美濃病院理学療法士）採用試験を受験したく、関係書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

履 歴 票

1 氏 名 (ふりがな)		2 生年月日・年齢・性別		※受 験 番 号	
-----		平成 年 月 日生 年齢 歳 (申込時)			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
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。) (〒 -)					
(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) (〒 -)					
(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	

6 職 歴 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			
7 特殊技能 検定、資格免許 (採用資格免許のほか、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			
8 志望の動機				9 自己紹介文		
10 次の質問に答えてください。						
(1) 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	
(2) 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	
(3) 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 特記事項	
-----	-------------	--

上記のとおり、診断します。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

⑩