

松戸市病院事業 職員採用試験（障害者対象）受験申込書

私は、松戸市職員採用試験を受験したいので、受験案内の記載事項を了承のうえ申込みます。
 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、この申込書の記載事項に相違ありません。

- 1 日本国籍を有しない者（ただし、保健師については、この限りではありません。）
- 2 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
- 3 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
- 4 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)

符号・試験区分		受験番号		
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（障害者対象）受験票（令和 年度）

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
- *履歴書と同じ写真を貼付

受験番号	
符号・試験区分	

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。

令和6年1月施行

履 歴 書

受験番号	
------	--

符号・試験区分	
---------	--

ふりがな		性別	
氏名		男・女	
生年月日	平成 年 月 日 (令和6年4月1日現在： 歳)		
現住所	〒		
電話番号	自宅	—	—
	携帯電話	—	—
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
- *受験票と同じ写真を貼付

年号	年	月	学歴・賞罰等 (職歴は次ページに記入してください。)
平成			中学校卒業
取得年月日	免許・資格等		
年	月	日	

(注) 消すことができない黒インクまたは黒ボールペンを使用し、必ず本人が記入すること。

【職務経歴】

1 最終学歴卒業後の職務経歴の有無について、記入してください（○で囲んでください。）。

無し	有り	※該当有りの場合は、下記2を記入してください。
----	----	-------------------------

2 最終学歴卒業後の職務経歴が有る場合は、下表を記入してください。

勤務先名称	在職期間	1週間当たりの 所定労働時間	雇用 種別	役職名・職務内容 (具体的に記入)
	平成・令和 年 月 日 採用 平成・令和 年 月 日 退職（予定） （ 年 ヶ月間） 上記のうち休職・休業期間 （ 年 ヶ月間） （理由： ）	週 時間	正規 ・ 非正規	
	平成・令和 年 月 日 採用 平成・令和 年 月 日 退職（予定） （ 年 ヶ月間） 上記のうち休職・休業期間 （ 年 ヶ月間） （理由： ）	週 時間	正規 ・ 非正規	
	平成・令和 年 月 日 採用 平成・令和 年 月 日 退職（予定） （ 年 ヶ月間） 上記のうち休職・休業期間 （ 年 ヶ月間） （理由： ）	週 時間	正規 ・ 非正規	
	平成・令和 年 月 日 採用 平成・令和 年 月 日 退職（予定） （ 年 ヶ月間） 上記のうち休職・休業期間 （ 年 ヶ月間） （理由： ）	週 時間	正規 ・ 非正規	

◎在職期間欄の退職日については、既に退職している場合は退職日を、在職中の場合は退職予定日を記入してください。

◎雇用種別欄については、正規か非正規かのどちらかを○で囲んでください。
なお、非正規とはアルバイト（パート）、契約社員、派遣社員等とします。

◎記入欄が不足する場合は、本紙を複写し記入してください。

特技			
得意な学科			
今年度中に取得見込みの資格とその時期			
クラブ活動・部活動	(中学)	(高校)	(大学等)
ボランティア・文化活動等			
趣味・娯楽等			
志望の理由			

1 学生生活・社会的活動・職業体験等において、最も力を入れて取り組んだことを下記の

①～④に従い記入してください。

① 何をどのような目標を持って取り組み始めたのですか。

② 目標を追いかけていく中で、努力したことや、苦労したことはどのようなことですか。

③ 掲げた目標に取り組んだ結果はどうでしたか。

④ 取り組んだ結果を今後どのように生かしたいですか。

受験番号

2 あなた自身を分析し、自分の強みを3点、弱みを3点記入してください。

(強み)

①

②

③

(弱み)

①

②

③

3 松戸市立総合医療センターをより魅力ある病院にするために、あなたは何をやりたいか、どのように貢献できるか、具体的に記入してください。

4 他の就職活動

【公務員関係】

【民間企業等】

その他、事務的確認事項

採用された場合の職員駐車場の利用希望（空き状況等により、利用できない場合があります。）

駐車場

あり ・ なし

受験番号

1 障害者手帳等について

障害者手帳等	交付を受けている人	障害者手帳等の種類			
		下記の1から3までのうち、いずれか1つの番号を選んで○で囲んでください。 ただし、複数の障害がある人は、より重度な障害の手帳等の番号を○で囲んでください。			
		1. 身体障害者手帳又は指定医等の診断書等 2. 療育手帳又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書 3. 精神障害者保健福祉手帳			
		交付機関名	交付年月日	交付番号	障害の程度
			年 月 日 (再交付 年 月 日)	号	級
障害名 (障害者手帳等の障害名欄の記載事項を全て記入してください。)					
障害の状況	交付見込みの人	申請中 (もしくは申請予定) の障害者手帳等 (下記の1から3までのうち、いずれか1つの番号) を選んで○で囲んでください。 ※1を交付見込みの人は、申請中の障害名を○で囲んでください。			
		1. 身体障害者手帳又は指定医等の診断書等 視 覚・聴 覚・平 衡・音 声・言 語・そしゃく・肢体不自由・心 臓・腎 臓・呼吸器・ ぼうこう・直 腸・小 腸・免 疫・肝 臓			
		2. 療育手帳又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書 3. 精神障害者保健福祉手帳			
		障害の原因となった傷病の時期 (番号を○で囲んでください。)			
		1. 先天性 2. その他 (年 月頃)			
現在の治療の状況					

2 受験時の希望 (選考の準備のために必要ですので、必ず全ての項目について、該当する箇所を○で囲んでください。)

第1次試験で問題の文字の拡大 (12ポイント程度への拡大を希望する。)	はい・いいえ
手話通訳又は筆談を必要とする。	はい (手話・筆談) ・いいえ
駐車場を使用する (自家用車でなければ会場へ来ることができない人に限ります。)	はい・いいえ
補装具等を持参し使用する人は、下記の該当するものを○で囲んでください。 1. 車いす 2. 補聴器 3. ルーペ 4. 電気スタンド 5. 拡大読書器 6. その他 ()	
第1次試験日当日に必要とする事項があれば記入してください。	
第2次試験 (個人面接で、就労支援機関の職員の同席を希望する。)	はい・いいえ

〈記入要項〉

1 受験申込書

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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 職歴は、全て記入してください。なお、職務内容は具体的に記入してください。
- ② 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。
- ③ 受験申込書・履歴書は片面で印刷してください。
- ④ 受験票と同じ写真を貼付してください。

〈提出書類〉

- ① 受験申込書・履歴書（指定様式）

※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。

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