

# 令和6年度新潟市民病院職員採用試験【医療情報システム専門職】受験申込書

※試験案内に記載の「11. 受験申込み上の注意」をよく読んで記入してください。

|                                                                                                                                                                                                                |           |                     |   |            |                                                                                 |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|---|------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                           |           |                     |   | 受験番号       | —                                                                               |                    |
| 氏名                                                                                                                                                                                                             |           |                     |   |            |                                                                                 |                    |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                           | 昭和・平成     | 年                   | 月 | 日生         | 写真を貼る<br>写真裏面に<br>氏名を記入<br><br>※6ヶ月以内に撮影したもの<br>※写真がないと受験できません<br>(縦4cm×横3cm程度) | 令和<br>年<br>月<br>撮影 |
| 現住所                                                                                                                                                                                                            | 〒 TEL - - |                     |   |            |                                                                                 |                    |
| 合否通知先                                                                                                                                                                                                          | 〒 TEL - - |                     |   |            |                                                                                 |                    |
| 緊急連絡先                                                                                                                                                                                                          | TEL - -   | 緊急連絡先氏名<br>(本人との続柄) |   |            |                                                                                 |                    |
| 学歴・学校名                                                                                                                                                                                                         |           | 学部・学科               |   | 在学期間       |                                                                                 | 該当に○               |
| 最終                                                                                                                                                                                                             |           |                     |   | 年 月～ 年 月   |                                                                                 | 卒・卒見込・中退           |
| その前                                                                                                                                                                                                            |           |                     |   | 年 月～ 年 月   |                                                                                 | 卒・中退               |
| その前                                                                                                                                                                                                            |           |                     |   | 年 月～ 年 月   |                                                                                 | 卒・中退               |
| 現在の勤務状況 (該当に○)                                                                                                                                                                                                 |           | 有・無                 |   | 有の場合 勤務先名称 |                                                                                 |                    |
| 受験職種                                                                                                                                                                                                           |           | 医療情報システム専門職         |   |            |                                                                                 |                    |
| 私は試験案内の記載内容をすべて了承のうえ、新潟市民病院職員採用試験の受験を申し込みます。<br>なお、私は試験案内にあるすべての受験資格を満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。                                                                                                                |           |                     |   |            |                                                                                 |                    |
| 令和 年 月 日 氏名(自署)                                                                                                                                                                                                |           |                     |   |            |                                                                                 |                    |
| あなたは、この募集を何によって知りましたか。(該当する□に✓を付けてください。)<br><input type="checkbox"/> 市報にいがた <input type="checkbox"/> ホームページ(市・市民病院) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職員<br><input type="checkbox"/> その他( ) |           |                     |   |            |                                                                                 |                    |

※車椅子等の使用により試験会場で配慮を必要とする方は、その旨を記入し、9月20日(金)までに新潟市民病院管理課(TEL: 025-281-5151)までご連絡ください。

( )

※受験資格に職務経験又は資格が必要です。裏面に必ず記入してください。

|                                                                    |      |                |
|--------------------------------------------------------------------|------|----------------|
| <b>受験票</b><br><br>令和6年度<br>新潟市民病院<br>職員採用試験<br><br>医療情報<br>システム専門職 | 受験番号 | —              |
|                                                                    | 氏名   |                |
|                                                                    | 試験日  | 令和6年10月5日(土曜日) |
|                                                                    | 受付時間 | : ~ :          |
|                                                                    | 試験会場 |                |

※受付時間に遅れると受験できませんのでご注意ください。

※試験案内に記載の「12 受験心得」をよく読んで受験してください。

※太線内について記入(受験票は氏名欄のみ記入)してください。

| 職歴 (直近のものから順に書いてください。)  |                                                                                                                                          |                        |                       |     |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|-----|
| 職務期間                    | 勤務先名称<br>(部課係まで)                                                                                                                         | 区分                     | 職務内容<br>(詳細に記入してください) |     |
| 年 月～<br>年 月<br>(期間 年 月) |                                                                                                                                          | 1 正規職員<br>2 その他<br>( ) |                       |     |
| 年 月～<br>年 月<br>(期間 年 月) |                                                                                                                                          | 1 正規職員<br>2 その他<br>( ) |                       |     |
| 年 月～<br>年 月<br>(期間 年 月) |                                                                                                                                          | 1 正規職員<br>2 その他<br>( ) |                       |     |
| 年 月～<br>年 月<br>(期間 年 月) |                                                                                                                                          | 1 正規職員<br>2 その他<br>( ) |                       |     |
| 年 月～<br>年 月<br>(期間 年 月) |                                                                                                                                          | 1 正規職員<br>2 その他<br>( ) |                       |     |
| 年 月～<br>年 月<br>(期間 年 月) |                                                                                                                                          | 1 正規職員<br>2 その他<br>( ) |                       |     |
| 期間合計<br>年 月             | ※職務期間は申込書記入日時点のものとしします。<br>週29時間以上、1年以上継続して勤務していたものに限り記入してください。<br>※受験職種に必要な職務期間合計が確認できるまで記入してください。<br>記入欄が足りない場合は適宜このページをコピーして使用してください。 |                        |                       |     |
| 検定資格<br>免許等             | 名 称                                                                                                                                      |                        | 取得年月                  | 年 月 |
|                         | 名 称                                                                                                                                      |                        | 取得年月                  | 年 月 |
|                         | 名 称                                                                                                                                      |                        | 取得年月                  | 年 月 |