平成２８年度檜原村職員募集

平成２８年度に採用する職員を下記のとおり募集します。

・採用予定人員　　保健師　　１名

・受験資格

職　種	学　　歴	年　　齢
保健師	保健師免許及び正看護師資格取得者	昭和 51 年 4 月 2 日以降生まれの方

※ 地方公務員法第 16 条の欠格条項に該当する方は受験できません。

・申込書の受付

【期　間】　平成 28 年 8 月 5 日（金）から　平成 28 年 8 月 31 日（水）　（土・日は除く）
午前 8 時 30 分から午後 5 時（正午から午後 1 時までは除く）

【場　所】　檜原村役場総務課（庁舎 2 階）

※ 受験者本人が必要書類を持参し、申込みを行って下さい。（郵送不可）

※ 申込みに必要な書類が添付されていない場合は、受付できません。

※ 申込書は受付期間中、檜原村役場総務課で配布します。また、村ホームページからダウンロードできます。

・申込みに必要な書類

【共　通】

○ 檜原村職員採用試験申込書（村指定様式）
（檜原村役場総務課で配布又は村ホームページからダウンロード）

○ 履歴書（市販のものに記入し、上半身の写真を貼付する）

○ 保健師免許証（写し）及び正看護師資格証（写し）

○ 檜原村職員採用健康診断書（村指定様式）

※採用試験に関する提出書類は、一切お返しできません。

・試験日（一次試験）

【日　時】　後日、申込者に通知します

【会　場】　檜原村役場　会議室

【方　法】　面接・作文（事前課題方式）

・試験結果等について

一次試験の結果は、平成 28 年 9 月下旬に受験者本人に通知します。

採用期日は、村及び受験者において協議の上決定します。

・給与及び待遇

檜原村職員の給与に関する条例等によります。

◎ 問い合わせ先
総務課総務係　042-598-1011　内線 216

檜原村職員採用試験申込書

平成　　年　　月　　日提出

<table>
<tr><td>受験番号</td><td>※</td><td colspan="3" rowspan="2">※受付</td></tr>
<tr><td>職　　種</td><td>保　健　師</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td colspan="2">生　年　月　日</td><td>性　別</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td colspan="2">（平成２８年４月１日の年齢）満　　歳
昭和
年　月　日
平成</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td rowspan="2">現　住　所</td><td rowspan="2">〒</td><td colspan="2">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">呼び出し
様方</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連　絡　先</td><td rowspan="2">〒</td><td colspan="2">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">呼び出し
様方</td></tr>
<tr><td>学歴区分</td><td>大学卒　短大卒　高校卒　中学校卒</td><td colspan="2">※確認</td></tr>
<tr><td>添付書類</td><td colspan="3">１　履　　歴　　書（市販のもの）　１通
２　保健師免許証（写し）及び正看護師資格証（写し）　各１通</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

注）※の欄は記入しないで下さい。

檜原村職員採用健康診断書

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">住 所</td><td colspan="2" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">昭和
平成　　年　　月　　日　　歳</td></tr>
<tr><td>性　　別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>身　　長</td><td>ｃｍ</td><td>視　　力</td><td colspan="2">右　　（矯正　　）
左　　（矯正　　）</td></tr>
<tr><td>体　　重</td><td>ｋｇ</td><td>聴　　力</td><td colspan="2">右　正　常・難　聴（　　）
左　正　常・難　聴（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">業 務 歴</td><td rowspan="2"></td><td>血　圧</td><td>最高　　mmHg
最低　　mmHg</td></tr>
<tr><td rowspan="2">検　尿</td><td>糖　－　＋　++　+++
蛋白　－　＋　++　+++</td></tr>
<tr><td>既 往 症</td><td></td><td rowspan="3">胸部Ｘ線
検　　査</td><td rowspan="3">直接
撮影　　年　　月　　日

フィルム番号№</td></tr>
<tr><td>自覚症状</td><td></td></tr>
<tr><td>診察所見</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">総　合　判　定
その他特記すべき事項</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。

平成　　年　　月　　日

保健所又は病院の
所 在 地 及 び 名 称

担当医師　職　氏　名　　印