

様式1

平成 29 年 度 実 施 いわき市立病院職員採用候補者試験（有資格者） 受 験 申 込 票			
職種	診療情報管理士	※受付番号	
ふりがな 氏 名		生年月日 昭和・平成 年 月 日（満 歳）	
		性 別 男□ 女□	
現住所	〒	電話番号(携帯電話可)	

【宣誓欄】

私は、次のいずれにも該当しません。また、受験申込票及び履歴書に記入した事項は、すべて事実と相違ありません。

- 1 日本の国籍を有しない者
- 2 成年被後見人及び被保佐人
- 3 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
- 4 いわき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
- 5 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあつて、地方公務員法第60条から第63条までに規定する罪を犯し刑に処せられた者
- 6 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

平成 年 月 日 氏名 _____ (自署)

宣誓欄の日付と氏名は必ず本人が記入すること（記入のないものは受付できません）

- ◎注意
- 1 受験申込票及び受験票ともに※印は記入しないこと。
 - 2 宣誓欄の日付は、受験申込票に記載した日の年月日を記入すること。
 - 3 本票のほか、受験案内に記載のある必要書類（履歴書、健康診断書等）を提出すること。
 - 4 申込票及び履歴書等提出書類の記載内容に虚偽があった場合、失職する場合があります。

平成 29 年 度 実 施 いわき市立病院職員採用候補者試験（有資格者） 受 験 票			
職種	診療情報管理士	※受験番号	
ふりがな 氏 名		写 真 次のような写真を、ここに貼ってください。 ・6か月以内に撮影 ・脱帽、上半身、正面向 ・たて 5cm、よこ 4cm 程度 ・本人と確認できるもの	
性別 男□ 女□			
生年月日 昭和 ・ 年 月 日 平成 (満 歳)			

注意事項

- 1、試験は、平成30年1月24日(水)です。
- 2、試験会場は、いわき市立総合磐城共立病院です。
- 3、試験日当日は、病院3階 学術会議室へ
_____ 時 _____ 分までに集合してください。
- 4、次の物を、お持ちください。
・受験票 ・鉛筆（HB） ・黒ボールペン
・消しゴム
・健康診断書（所定様式。医師の印がないものは不可）
（事前に提出されている方は不要です。）

注）携帯電話の使用は禁じます。（時計代わりも不可）