

# 美濃市職員（作業療法士）採用試験実施要項

## 1 採用職種・募集人員・受験資格

昭和28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
・作業療法士 1名	作業療法士免許取得者（本年度卒業見込の方を含む）

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) 成年被後見人又は被保佐人
- (2) 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
- (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

平成24年4月1日

## 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。ただし、受付期間内に必着のこと。)

### (3) 提出書類

- ① 美濃市職員（作業療法士）採用試験申込書
- ② 作業療法士免許証（写し）
- ③ 卒業見込証明書（本年度卒業見込の方）
- ④ 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

平成24年1月23日(月)から2月20日(月)までの午前8時30分から午後5時15分まで受け付けます。

・土・日曜日、祝祭日は受付を行いません。

(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 平成24年2月23日(木)

10時45分～11時00分 受付

11時00分～ 筆記試験

13時00分～ 小論文

14時00分～ 面接試験

(試験時間は変更する場合があります。)

(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 平成24年3月上旬(予定) (受験者全員に通知)

#### 5 勤務条件等(平成23年4月1日現在)

(1) 初任給 大学卒 192,100円

短大3卒 186,800円

(上記に業務手当・研究手当が加算されます。)

※勤務経験期間を考慮のうえ決定します。

(2) 諸手当(業務手当、研究手当、扶養手当・通勤手当・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



<b>6 職歴</b> 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			
<b>7 特殊技能</b> 検定、資格免許（作業療法士免許のほか、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		
<b>8 志望の動機</b>				<b>9 自己紹介文</b>		
<b>10 次の質問に答えてください。</b>						
(1) 成年被後見人や被保佐人の宣告を受けたことがありますか。				<input type="checkbox"/> ある		
				<input type="checkbox"/> ない		
(2) 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		
(3) 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		
(4) 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 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. 色覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )
	5. 聴力	右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )
		左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )
	6. 血圧	最高      mmHg      最低      mmHg
	7. 尿	蛋白      - , ± , +      (      mg/dℓ)      糖      - , ± , +      (      mg/dℓ)
	8. 身体的能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )
9. 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. X線撮影	年      月      日
	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。

平成      年      月      日

住      所

医療機関名

医 師 名

Ⓜ