



平成23年度

# 横手市職員採用試験案内

(放射線技師)

試験日	平成24年2月12日(日)
受付期間	平成24年1月4日(水)～平成24年1月31日(火) 必着
試験会場	市立横手病院4階会議室2

## 問い合わせ・受験申込等

〒013-8602 秋田県横手市根岸町5番31号

市立横手病院 総務課 総務係

TEL 0182-32-5001(内線472,473)

## 募集概要

### I. 試験区分・採用予定人員

放射線技師 1名程度

### II. 受験資格

昭和51年4月2日以降に生まれた人で、次の条件を満たす人

- a) 通勤に支障のない範囲に居住できる人
- b) 放射線技師の免許を有する人、または平成24年3月までに実施される国家試験により免許取得見込みの人

次のいずれかに該当する方は、受験できません

- イ) 日本国籍を有しない方
- ロ) 成年被後見人若しくは被保佐人
- ハ) 禁固以上の刑に処せられ、その執行が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方

## 受験手続き

### 1 提出書類

- a) 申込書
- b) 自己紹介(1)(2) ※ 自己紹介も選考の対象となります。
- c) 受験票  
受験票に自己紹介(1)に貼ったものと同じ写真を貼って下さい。
- d) 免許証写  
免許取得見込みの人は、診療放射線技師養成のための学校又は養成所(以下、学校等という。)の卒業見込み証明書又は卒業証明書
- e) 受験票返信用封筒  
返信用封筒(定形)に宛先を記入し、80円切手を貼って下さい。
- f) 成績証明書(放射線技師の免許を取得している方は不要です。)  
学校等の発行した証明書(コピー不可、開封無効のもの)  
なお、受付期間までに提出できない場合は、試験当日に持参してください。
- g) 健康診断書  
健康診断は最寄の病院で行っていただいて結構ですが、結果につきましては同封の健康診断書にて提出して下さい。  
なお、受付期間までに提出できない場合は、試験当日に持参してください。

### 2 受付期間

平成24年1月4日(水)～平成24年1月31日(火) 必着

- ・ 平日 午前9時～午後5時

# 試験の日時・場所及び合格者の発表

## 1 試験日

- I.日程 平成24年2月12日(日)
  - a)教養試験 午前 8時30分～午前10時30分
  - b)論文試験 午前10時40分～午前11時20分
  - c)適性試験 午前11時30分～午後 0時20分
  - d)面接 午後 1時00分～
- II.試験会場 市立横手病院4階会議室2
- III.受付時間 午前8時 ～ 午前8時20分(時間厳守)
- IV.受付場所 市立横手病院4階会議室2
- V.持参する物 受験票、筆記用具  
(健康診断書を未提出の方は持参してください)

※受験者数により日程を変更することがあります。その場合は通知いたします。

## 3 合格者の発表日

試験当日会場において連絡します。

## 4 合格してから採用まで

合格者は採用候補者名簿に登載され、その中から採用者が決定されます。

この名簿からの採用は、平成24年4月1日以降の予定です。

なお、6ヵ月間は条件付採用期間で、この期間を良好に勤務した後に正式採用となります。

# 受験票

以下の注意事項を良く読み、切り取り線にそって切り取り、「申込書」、「自己紹介(1)・(2)」、とともに提出してください。

## 注意事項

- ・自己紹介(1)に貼ったものと同じ写真を貼ってください。

平成23年度 横手市職員採用試験	
受 験 票	
試験日	平成24年2月12日(日)
受付	AM8:00～AM8:20
試験場	市立横手病院 4階会議室2
持参品	受験票、筆記用具 (健康診断書・成績証明書)

写真欄  
40mm×30mm

切り取り線

# 横手市職員採用試験申込書

横手市職員採用試験を受験いたしたいので、関係書類を添えて申し込いたします。

医 療 職	* 受験番号			
放 射 線 技 師				

ふりがな			
氏 名			印
生 年 月 日			

現住所 〒			
TEL ( )			方
試験当日の連絡先 〒	※帰省先等確実に連絡が取れる場所		
TEL ( )			方

《記入心得》

☆この申込書には黒インクか黒のボールペンで必要事項を記入して下さい。

☆\*印欄には記入しないで下さい。

# 健康診断書

住所						
氏名		性別	生年月日	T S H 年 月 日		
既往歴		血液	赤血球 万/mm	肝臓	AST(GOT) IU/I	
		液	白血球 /mm	機能	ALT(GPT) IU/I	
自覚・他覚症状		検	血色素量 g/dl	能	γ-GTP IU/I	
		査	ヘマトクリット %	脂質	中性脂肪 mg/dl	
身長 cm	腹囲 cm	血糖	mg/dl		HDL・コレステロール mg/dl	
体重 kg	BMI	HBs 抗体 ( + - )			LDL・コレステロール mg/dl	
視力 右 ( ) 左 ( )		HBs 抗原 ( + - )	HCV 抗体 ( + - )			
血圧 mm/Hg		検	蛋白 ( - ± + ++ +++ )			
胸部X線検査 (直接) 異常 ( なし ・ あり )		尿	糖 ( - ± + ++ +++ )			
				測定法	数値	判定
心電図 所見 異常 ( なし ・ あり )				抗体価	陽性・陰性	
				流行性耳下腺	EIA	陽性・陰性
				風疹	EIA	陽性・陰性
				麻疹	EIA	陽性・陰性
				水痘	EIA	陽性・陰性
聴力		右	左	ツ反	陰性 陽性 ( )	
	1000Hz			備考		
	4000Hz					
(総合判定) 1.異常なし 2.経過観察 3.要精査 4.要治療						
平成 年 月 日 所在地: _____						
医療機関名: _____						
医師 _____ 印						