

身 上 報 告 書

※受験番号

1	ふりがな 氏 名						岩見沢市立総合病院以外の医療機関の採用試験を受験しましたか。また、その結果はどうでしたか。今後受験を予定している場合についても記載してください。(○の他、合・否・未定と記入) 8									
2	現住所						<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">公立病院</td> <td style="width: 33%;">民間病院</td> <td style="width: 33%;">その他</td> </tr> <tr> <td>()受験した 結果 ()</td> <td>()受験した 結果 ()</td> <td>()受験した 結果 ()</td> </tr> <tr> <td>()受験しない</td> <td>()受験しない</td> <td>()受験しない</td> </tr> </table>	公立病院	民間病院	その他	()受験した 結果 ()	()受験した 結果 ()	()受験した 結果 ()	()受験しない	()受験しない	()受験しない
公立病院	民間病院	その他														
()受験した 結果 ()	()受験した 結果 ()	()受験した 結果 ()														
()受験しない	()受験しない	()受験しない														
3	配偶者	有 ・ 未婚 ・ 離別 ・ 死別														
4	住 宅	持ち家 ・ 公宅社宅 ・ 借 家 下 宿 ・ 間 借 り ・ 親等と同居														
5	同居 の 家 族	氏 名	年 齢	続 柄	勤 務 先 名 ・ 学 校 名	9										
	別居 の 家 族					10										
6	緊急の場合の連絡先及び連絡方法 (自宅・帰省先以外) ※例：親の勤務先・自分の携帯電話等					12	趣味及びボランティア活動について									
7	身 長	cm	体 重	kg	13		自分の長所・短所について									
	視 力 (矯正後の視力)	右 () 左 ()	色 覚	正常・色弱・色盲												
	1 既往症について 病 名 発病時期 現在の状態 2 総合的な現在の健康状態															
14						14	以上のほか、特に述べたいことがあれば記載してください。									

※ (注意)

- 1 黒若しくは青のボールペン又はインクで、漏れなく丁寧に記入してください。
- 2 数字は算用数字を用いてください。
- 3 家族の欄は自己を含めて記入し、勤務先名・学校名を詳細に記入してください。
- 4 該当のない箇所は「なし」と明記してください。
- 5 現住所は、通学等のため下宿等をしている場合は、帰省先も併記してください。
- 6 必ず受験者本人が記入・押印してください。