

申し込みに際しての注意

申込期間：令和7年5月26日（月）～6月16日（月）
土曜・日曜を除く午前8時30分～ 午後5時15分

申 込 先：富士宮市立病院 病院管理課（2階）
〒418-0076 静岡県富士宮市錦町3番1号
※郵送の場合は6月16日（月）必着

●試験申込書

- 1 試験案内をよく読んで記入してください。電子申請でない場合は、本人が自筆（黒ボールペン使用）で記入してください。
- 2 申込書のみに顔写真を貼ってください。
- 3 試験職種の欄には、助産師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療情報管理士の別を記入してください。

●受験票

受験票は、試験職種・氏名を記入してください。

申込受付後、発送します。

受験当日は顔写真を貼って持参してください（申込書に貼った写真と同じもの）。

●小論文 テーマ

「医療人として、あなたが追求したいこと、行動したいこと」

小論文の文字数は800～1200字程度、用紙はA4（縦）の用紙に横書きで記入してください。小論文の最初にテーマ及び氏名を記入してください。

可能な限り、パソコン（ワード等）により横書きで作成してください。

パソコン（ワード等）を使用する場合、フォントは12ポイントを使用し、余白は左右20mmで作成してください。

●提出書類（受験者共通）

- 1 試験申込書
- 2 予備調査書
- 3 受験票
- 4 小論文（面接試験の参考資料とします。）
- 5 最終学校の卒業証明書（卒業証書の写しでも可）又は卒業見込証明書
- 6 最終学校が発行する成績証明書 ※免許取得済みの人は不要です。
- 7 免許取得済みの人は、免許証の写し
- 8 受験票返信用定型封筒（長形3号）1通（添付の封筒に110円切手を貼付。受験票の送付に使用しますので、送付を希望する住所及び宛名を明記してください。）

※ 卒業証書・免許証等の写しは、A4版に拡大縮小してください。

※ 8_受験票返信用定型封筒は、電子申請の場合提出不要です。

お問合せ先

富士宮市立病院 病院管理課

Tel 0544-27-3151