

面接カード

〔有明広域行政事務組合〕

受験番号			
ふりがな 氏名		生年月日	平成 年 月 日生 _____歳
現住所			
学歴 (学校名) 注：小学校以降を記入	年 月	(卒業・卒業見込)	
	年 月	(卒業・卒業見込)	
職歴	*ある場合は、その主な職務内容		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
免許・資格	名 称	取得年月	
		平成・令和 年 月	
		平成・令和 年 月	
		平成・令和 年 月	
趣味・娯楽	好きなスポーツ	自分でやる	見るだけ
	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自己紹介欄 (私の人柄)			
最近、関心を持った事柄			
他に受験した公務員試験等の状況	(例 国家公務員試験 1次合格2次待ち)		
この試験を受験した理由(具体的に)			

健康診断個人表〔消防〕

〔有明広域行政事務組合〕

氏名				割 印	(写真貼付欄) 縦 4 cm 横 4 cm 最近3ヶ月以内に撮影した 上半身脱帽のもの			
住所								
生年月日	平成	年	月					日生
性別	男 ・ 女							
検査年月日	令和	年	月					日
身長	cm	体重	kg	胸囲	cm			
視力 (矯正含)	右	両眼	貧血検査	血色素量 (g/dℓ)				
	左			赤血球数 (万/mm ³)				
聴力	右	肝機能 検査	AST GOT (IU/ℓ)					
	左		ALT GPT (IU/ℓ)					
色覚			γ-GTP (IU/ℓ)					
血圧	最大		mmHg	血中脂質 検査	総コレステロール (mg/dℓ)			
	最小	mmHg	中性脂肪 (トリグリセライド (mg/dℓ))					
検尿	糖			心電図検査				
	蛋白質			肺活量				
	ウロビリノーゲン			聴打診所見				
握力	右	kg	左	kg	総合所見			
胸部 エックス線 (直接撮影)	(所見)							
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名 ㊟								

<検査担当医師へのお願い>

※色覚検査については、赤色、青色及び黄色の色彩の識別についてお願いします。

※お手数ですが、写真と同一人物であることを確認のうえ割印をお願いします。

(同一の印鑑をご使用願います。)