

会計年度任用職員（県政推進員等）

合格者のみなさんへ

勤務場所は本庁舎または神戸市内の地方機関になります。

令和8年2月下旬（予定）に、勤務先所属の総務担当者より採用手続きについてご連絡しますので下記採用関係書類をご準備のうえお待ちください。

なお、採用関係書類（様式）のホームページへの掲載は令和8年2月27日までとなりますのでそれまでに印刷等をお願いします。

（採用関係書類）

- 1 身体検査書
- 2 誓約書
- 3 住民票記載事項証明書
- 4 営利企業従事等届出書（本県以外の企業等で勤務を予定されている方のみ）

～身体検査受診にかかる注意事項～

実施機関によっては、身体検査の実施日が限定されている場合があり、身体検査書の発行に時間を要することもあるので、十分注意してください。

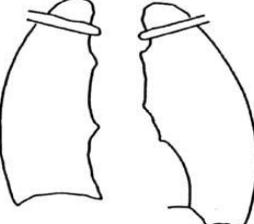
また、検査項目についても、受診しようとする機関で検査可能かどうか事前確認のうえ受診して下さい。

担当：兵庫県総務部職員局人事課人事班

電話：078-341-7711（内線72165）

身体検査書

職種

(フリガナ) 氏名	()			男 ・ 女	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (検査日現在 満 歳)				
既往歴		身長	cm	血液検査	貧血検査	赤血球数	万/mm ³			
		体重	kg		肝機能検査	AST (GOT)	IU/l			
自覚症状	B M I 〔体重(kg) / 身長(m) ² 〕				ALT (GPT)	IU/l				
		γ - G T P	IU/l							
		LDLコレステロール	mg/dl							
他覚症状	腹囲 cm				HDLコレステロール	mg/dl				
		トリグリセライド	mg/dl							
		糖代謝検査	血糖値		mg/dl					
視力	右	()			尿検査	H b A 1 c	%			
	左	()				蛋白	-	+	++	+++
聴力	右	1000HZ 4000HZ	1 所見なし 1 所見なし	2 所見あり 2 所見あり		糖	-	+	++	+++
	左	1000HZ 4000HZ	1 所見なし 1 所見なし	2 所見あり 2 所見あり	ウロビリノーケン	-	正	常	++	+++
					心電図検査					
胸部エックス線検査 (直接撮影)		 No.				喀痰細菌検査	※必要があり実施した場合のみ記入			
総合判定										
年 月 日 検査機関名 診断医師名										

備考 1 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入。

誓 約 書

- 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの者
- 兵庫県において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法また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、またはこれに加入した者
- 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者（心神耗弱を原因とするもの以外）

上の各号のいずれにも該当しないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

氏名

兵 庫 県 知 事 様

住民票記載事項証明願

申 請 者 欄	住 所		世帯主 氏 名	※世帯主氏名は未成年者のみ記入
	(ふりがな) 氏 名	()		
	生年月日 (性別)	昭和 年 月 日 (男・女) 平成		

上記の事項は住民票に記載のあることを証明願います。

令和 年 月 日

住 所
申 請 者
氏 名

印

市(区) 町長 様

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

市(区) 町長

印

営利企業従事等届出書

氏名		
所属		
従事先	団体名	
	従事する 場 所	
	従事する 業務内容	
	従事日等	毎週(曜日) 、月(回) その他()
	従事時間	時 分 ～ 時 分
	従事期間	年 月 日 ～ 年 月 日

※ 兼業するに当たっては、以下の場合に該当しないよう留意すること。

兼業先の業務が、①信用失墜行為にあたるおそれがある場合、②公務の公正な遂行を害するおそれがある場合、③職務の遂行に支障を来すおそれがある場合。