

令和6年度岩手県警察官B採用試験第2次試験について

令和6年10月9日  
岩手県人事委員会

1 提出書類について

第1次試験合格者は、次の書類を **11月1日（金）**までに、岩手県警察本部警務部警務課採用係へ提出してください。

(1) 個別面接調査票（別紙様式1）

(2) 身体検査書（別紙様式2）

ア 身体検査については、必ず別紙様式2を使用し、全ての項目について診断を受けてください。以下のいずれかの医療機関は、受診可能な機関の**例示**です。

(ア) 国（独立行政法人含む）の開設する医療機関（国立病院機構〇〇病院）

(イ) 公的医療機関

a 都道府県、市町村の開設する病院又は診療所（例：〇〇県立〇〇病院、〇〇市民病院）

b 厚生労働大臣が定める次の者の開設する病院又は診療所

- ・ 地方公共団体の組合
- ・ 国民健康保険団体連合会、普通国民健康保険組合（例：国保〇〇病院）
- ・ 日本赤十字社（例：〇〇赤十字病院）
- ・ 社会福祉法人恩賜財団済生会（例：済生会〇〇病院）
- ・ 厚生（医療）農業協同組合連合会（例：JA厚生連〇〇病院）
- ・ 社会福祉法人北海道社会事業協会

(ウ) 大学付属病院

イ 色覚検査については、仮性同色表（石原表）による検査を実施しますが、その結果、「その他」と判断された場合は、色相配列検査（パネルD-15 テスト）を実施します。そのため、**色相配列検査が可能な医療機関での受診を推奨します（事前に医療機関に確認してください）。**

ウ **医療機関によっては、検査日・検査可能人数・検査内容等を限定している場合があります、予約から受診まで日数を要するほか、精密検査が必要な場合には、さらに日数を要します。**

また、身体検査書の作成には、相当の日数（2週間程度）を要する場合がありますため、**速やかに医療機関に連絡し、受診日と身体検査書の受領日を確認した上で、予約することを推奨します。**

なお、**検査料はすべて本人（受験者）負担**となりますので、ご了承ください。

※ **提出する書類が全て揃っていない場合であっても、提出できる書類から随時提出してください。**

※ **何らかの理由で書類の提出が遅れる場合及び第2次試験を辞退する場合は、岩手県警察本部警務部警務課採用係（フリーダイヤル：0120-204034 代表電話：019-653-0110）まで、必ず連絡してください。**

〈裏面に続きます〉

## 2 書類提出先

### (1) 郵送による場合

下記宛てに、提出書類を送付してください。(11月1日(金)必着)

〒020-8540 岩手県盛岡市内丸8番10号 岩手県警察本部警務部警務課採用係

※ 郵便の配達には、土・日・祝日を除き3日程度要します。余裕をもった発送をお願いします。  
す。必要に応じて、速達を利用するなど、期限内に提出してください。

### (2) 持参による場合(11月1日(金)午後5時45分まで)

岩手県警察本部警務部警務課採用係(岩手県警察本部1階受付)まで、直接持参してください。

受付時間：午前9時00分～午後5時45分(土・日・祝日を除く)

## 3 第2次試験日について

令和6年11月11日(月)から20日(水)(土・日を除く)のうち、第1次試験合格通知書で指定する日に実施します。

都合により、指定された第2次試験日を変更したい場合は、下記の注意事項を確認のうえ、連絡をお願いします。

#### 【注意事項】

**注1** 次の期間内に必ず電話で連絡をお願いします。期間外及び電話以外の連絡は一切受け付けません。

変更受付期間：10月15日(火)から10月25日(金)(土・日を除く)

受付可能時間：午前9時00分から午後5時45分まで

電話連絡先：岩手県警察本部警務部警務課採用係

(フリーダイヤル：0120-204034 代表電話：019-653-0110)

**注2** 必ず希望日を2日以上設定の上、連絡をお願いします。また、変更希望に対応できない場合もあります。

**注3** 武道指導採用選考を併願している方の日程変更は出来ません。

## 4 その他

ご不明な点がございましたら、岩手県警察本部警務部警務課採用係(フリーダイヤル：0120-204034 代表電話：019-653-0110)までお問い合わせください。

切り取って封筒のラベルとしてご利用ください



〒020-8540

岩手県盛岡市内丸8番10号

岩手県警察本部警務部警務課採用係 行

卒業証明書等在中

個別面接調査票【警察官B】

※全ての項目を受験者本人が手書きで記入してください（パソコン等の使用不可）。

岩手県人事委員会事務局

第2次試験日	職種区分	受験番号	フリガナ	生年月日
年 月 日	警察官B (男性)		氏 名	平成 年 月 日
	警察官B (女性)			
<p>○ 最終学歴（専修・各種学校を除く。）及び修学区分 ※□にレ印をつけてください。                      最終学歴：□大学 □高等専門学校 □高等学校 □高等学校卒業程度認定試験 □その他                      修学区分：□卒業（修了） □卒業（修了）見込 □在学中 □中退</p>				
<p>○ 最終学歴以外の専修・各種学校（公務員予備校等） ※在学中の方又は在学していた方のみ記入してください。                      学校名：_____ 専修・各種学校 在学期間： 年 月～ 年 月</p>				
1 最終学歴の学校での得意科目・分野				
2 職歴 ※アルバイトを除き、職歴が有る方は在職期間と勤務先を記入してください。				
3 警察官を志望する理由				
4 学生時代のクラブ・サークル活動、学外活動（ボランティア・アルバイトなど）				
5 趣味、特技、資格など				
<p>6 自分の人柄・能力 ※□にレ印をつけてください。</p> <p>・「積極性」 □有り □普通 □あまりない      ・「コミュニケーション能力」 □有り □普通 □あまりない                      ・「協調性」 □有り □普通 □あまりない      ・「精神的・肉体的な強さ」 □有り □普通 □あまりない                      ・「堅実性」 □有り □普通 □あまりない</p>				
7 最近関心を持った時事問題と、それに対する自分の意見				
8 自己PR				
9 希望する配属先、職務内容 ※わかる範囲で記入してください。				
<p>○ 就職、進学希望順位等の状況（岩手県警察官を含む）※国家公務員、〇〇市役所、進学、民間企業等の状況について記入してください。</p> <p>第1希望： _____ 【申込中（予定） 1次合格 2次合格 最終合格 内定 その他（ _____ ）】</p> <p>第2希望： _____ 【申込中（予定） 1次合格 2次合格 最終合格 内定 その他（ _____ ）】</p> <p>第3希望： _____ 【申込中（予定） 1次合格 2次合格 最終合格 内定 その他（ _____ ）】</p> <p>第4希望： _____ 【申込中（予定） 1次合格 2次合格 最終合格 内定 その他（ _____ ）】</p> <p>第5希望： _____ 【申込中（予定） 1次合格 2次合格 最終合格 内定 その他（ _____ ）】</p>				
※ 他の就職試験等での現在の状況については、該当するものを○で囲んでください。				

岩手県警察官採用試験身体検査書

岩手県人事委員会事務局

職種区分		受験番号	現住所	〒			
<input type="checkbox"/> 警察官A	<input type="checkbox"/> 男性		フリガナ		生年月日	平成 年 月 日生	
<input type="checkbox"/> 警察官B	<input type="checkbox"/> 女性		氏名		年齢	歳	性別

視力	右	裸眼 ( ) 矯正 ( )	裸眼又は矯正で、両眼で0.8以上、かつ、一眼でそれぞれ0.5以上	貧血検査	血色素量	g/dl
	左	裸眼 ( ) 矯正 ( )			赤血球数	万/mm <sup>3</sup>
	両眼	裸眼 ( ) 矯正 ( )			G O T	U/l
握力	右 ( ) kg 左 ( ) kg		肝機能検査	G P T	U/l	
				γ-GTP	U/l	
				LDLコレステロール	mg/dl	
色覚	石原式	結果	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> その他	血中脂質検査	HDLコレステロール	mg/dl
		検査枚数 ( ) 枚			中性脂肪	mg/dl
	うち 正答 ( ) 枚 誤答 ( ) 枚		血糖検査 (HbA1c)		%	
	※ 石原式による検査で誤答が1枚以上あった場合、または判定結果が正常以外だった場合は、パネルD-15テストで再検査を実施してください。			尿酸検査	mg/dl	
	パネル D-15	<input type="checkbox"/> PASS (ノエター) <input type="checkbox"/> PASS (ワエター) <input type="checkbox"/> PASS (マイエター) <input type="checkbox"/> FAIL		腎機能検査	クレアチニン	mg/dl
聴力	右	1000Hz	正・異	梅毒血清反応 <small>(TRUST法又はRPR法)</small>	正・異 ( )	
		4000Hz	正・異		言語障害	正常・異常・その他 ( )
	左	1000Hz	正・異		眼疾	正常・異常・その他 ( )
		4000Hz	正・異		耳鼻咽喉	正常・異常・その他 ( )
既往症			脊椎・胸部	正常・異常・その他 ( )		
自覚症状			医師の所見	皮膚の疾患		
尿検査	糖	一・±・+・++・+++		ヘルニア (腰)	有 (具体的に ) ・ 無	
	蛋白	一・±・+・++・+++		精神及び神経系の疾患		
心電図検査				他覚症状		
血圧						
胸部エックス線写真撮影月日	(直接撮影)	年 月 日				
	(番号NO. )					
エックス線検査の所見						

総合所見	1 全検査結果	<input type="checkbox"/> 所見なし
		<input type="checkbox"/> 所見あり
		<input type="checkbox"/> 精密検査を要しない項目 [ ]
		<input type="checkbox"/> 精密検査を要する項目及び意見 (経過観察を程度を除く) [ ]
	2 就業の可否	<input type="checkbox"/> 健康であり、通常勤務に耐える <input type="checkbox"/> 軽度の疾患はあるが、就業可 <input type="checkbox"/> 就業に支障あり

上記のとおり検査証明します。

年 月 日

(医療機関各位へのお願)  
 ・検査終了後は、検査書を密封のうえ本人に交付してください。  
 ・検査料は、すべて本人(受験者)負担となっております。  
 ・精密検査が必要な項目については、本人(受験者)にその内容を告げたくて実施してください。

検査医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

