

第 6 7 次南極地域観測隊員公募：応募チェックリスト

チェックリストの見方：上段は応募者全員が提出必須となる書類、下段は応募者によって提出が必要となる書類です。公募要項はじめ募集 web ページを全て確認の上、準備出来た書類にチェックを入れた上で、このリストを頭にして封入・発送してください。提出しない書類については、チェック欄に斜線を引いてください。

応募者氏名（ ）

提出書類（必須）	チェック欄
◆応募用紙：自筆氏名／記名押印の確認、連絡先は正しく記載しているか。	
◆推薦状（1 通）：封印されていること。 →氏名、連絡先、推薦者との関係の記入、職務遂行能力など公募要項に定める記載内容を事前に推薦者に伝えているか。	
◆健康状況の分かる書類①： 南極地域観測隊員候補者健康調書	
◆健康状況の分かる書類②： 直近の健康診断結果（写）	
提出書類（該当者のみ）	チェック欄
◆健康状況の分かる書類③：現在かかっている病気等がある場合はその診断書（写）	
◆資格・免許の証明書類： （医療）医師免許（写） （調理）調理師免許（写） （野外観測支援）ガイド登録証 ※資格保持者のみ	

<書類送付・問い合わせ先>

〒190-8518 東京都立川市緑町 10-3

大学共同利用機関法人 情報・システム研究機構

国立極地研究所南極観測センター企画調整チーム

TEL：042-512-0780 E-mail：ant-pact@nipr.ac.jp

(様式 1)

第 6 7 次南極地域観測隊員候補者応募用紙

希望する公募枠 の専門分野名・ 公募整理番号		(例：調理 S-1)		設 営 部 門	越冬隊
(ふりがな) 氏 名		㊟			性別
生 年 月 日	西 暦 年 月 日	年 齢	才		
自宅住所 〒					証明写真貼りつけ (データ貼り付け可 ／スナップ写真は不 可)
電話番号： 携帯番号：					
本籍(都道府県)		出身都道府県			
事務連絡用		<結果通知郵送希望住所：※上記自宅と異なる場合にのみ記載> 〒 <連絡用メールアドレス： <u>確実に連絡可能なアドレス（記載間違いに注意）</u> >			
学 歴	年月日	中学校卒業から記入（修了、中退等含む。博士号取得者は明記。西暦で記載。）			
現 職	勤務先名				
	所属部署（支店・課・係、学部・学科など）				
	職務の内容（具体的に）				
	身分（正社員、研究員、期限付職員、パート、アルバイト、自営など）				
	※現職が任期付きの場合は任期終了日を記載 西 暦 年 月 日 任期終了 所在地				
電話番号：					

職 歴	年 月～ 年 月	西暦で記載。	
賞 罰			
資 格 ・ 免 許	取得年月日	資格・免許の名称、種類など（応募条件にある資格は免許番号も付記。応募分野に関連していない資格も記載して下さい。西暦で記載。）	
寒冷地及び積雪地の経験（場所・期間）			
スポーツ歴（種類・期間）			
趣味・特技			
応募にあたって、勤務先代表者もしくは上司の了解の有無	得ている・得ていない （いずれかに○）	得ている場合	役 職 名 ふりがな 氏 名 電話番号
応募にあたって、家族の了解の有無※	得ている・得ていない （いずれかに○）	得ている場合	両 親 ・ 配偶者 ・ その他 () （いずれかに○）

※南極における医療の現状と限界（資料3）を熟読し、家族に説明した上で了解を得ているかどうか

このページ以降は書類選考時に重要な情報となります（記入欄不足の場合、適宜追加する）。

＜職務遂行能力等に関する記載欄 ※志望動機等は次項に記載して下さい＞

「資料 1. 応募分野の職務内容と条件」に対して、保有資格やこれまでの業務経験・実績、現職の状況（職務内容・役割、職場の規模、自営であれば年間の業務日数など）等を詳細に記載し、自分の**職務遂行能力**を具体的に説明して下さい。

<応募動機及び自己 PR>

今回応募に至った理由（**志望動機**）、前頁の職務遂行能力とは違った観点での**自己 PR 等**あれば記載下さい。

<備考：応募にあたっての特記事項

※今後の連絡面で懸念事項（連絡が取りづらい期間など）がある場合は必ず記載すること>

南極地域観測隊員候補者健康調書(一部抜粋)

○記載項目

ふりがな 氏 名 性別： 男・女

希望する公募枠の専門分野名・公募整理番号 夏隊・越冬隊

生年月日 西曆 年 月 日 (満年齢 歳 ヶ月)

III 既往歴

1. 現在までにかかった病気や負傷の種類、その時期や経過について、すべて記入してください。医院を受診し、診断されたものすべて記入（設問4以降に個別の聞き取り有）。（軽微な疾患、負傷は除く。インフルエンザ・捻挫等）

[illegible]

2. 最近体重に変化がありますか。

増加(____kg / ____ヶ月前から) 変化なし 減少(____kg / ____ヶ月前から)

3. 血圧を測定したことがありますか。

有 無

「有」に○をつけた方は、下記の該当があれば記入してください。

項 目	年 齢	収縮期血圧(最大)～拡張期血圧(最小)	
高血圧と言われた時	歳	mm Hg ～	mm Hg
低血圧と言われた時	歳	mm Hg ～	mm Hg

4. ツベルクリン反応

陽 性 陰 性

「陽性」に○をつけた方は、次の事項を記入してください。

①陽 転 の 時 期 : ____歳

②陽 転 の 原 因 : 自然陽転 B C G陽転

③B C Gの接種 : 有 無

5. 次の症状について該当に○をつけ、内容を記入してください。

(1) 肺結核にかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(2) 気管支ぜんそくにかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(3) その他の呼吸器疾患、例えば、肺炎、気管支炎などにかかったことがありますか。

有 (病名 _____ ・ _____ 歳) 無

(4) 次の症状等を呈したことがあれば○印をつけて、詳細を記入してください。

睡眠中に呼吸が止まっているといわれたことがありますか？ 有 (歳ごろ) 無

昼間強い眠気を感じる事が頻繁にありますか？ 有 (1日に 回程度) 無

(5) 腎炎にかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(6) 腎結石にかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(7) 膀胱炎、腎盂炎にかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(8) 尿から糖が検出されたり、糖尿病と診断されたことはありますか。

有 (_____ 歳) 無

6. リウマチ、神経痛、関節の痛みなどを訴えたことがあれば、その部位と年齢を記入してください。

部位 : _____ 年齢 : _____ 歳

7. 膠原病、じん麻疹、薬品アレルギー、花粉症、その他のアレルギーの疾患にかかったことがありますか。(原因が複数ある場合は、すべて記載ください。)

有 (病名・原因 : _____ ・ _____ 歳) 無

(病名・原因 : _____ ・ _____ 歳)

(病名・原因 : _____ ・ _____ 歳)

(病名・原因 : _____ ・ _____ 歳)

(病名・原因 : _____ ・ _____ 歳)

8. 食物アレルギーはありますか。(原因食物が複数ある場合は、すべて記載ください。)

有(原因食物: _____・_____歳くらいから) 無
(原因食物: _____・_____歳くらいから)
(原因食物: _____・_____歳くらいから)
(原因食物: _____・_____歳くらいから)
(原因食物: _____・_____歳くらいから)

摂取した際に呈した症状について○印をつけてください。

皮膚症状(蕁麻疹(じんましん)・かゆみ・赤み・むくみ・湿疹)

粘膜症状(鼻水・鼻づまり・くしゃみ・口周りの違和感)

呼吸器症状(咳・喘鳴(呼吸時にぜいぜいと雑音を発すること)・声枯れ・呼吸困難)

消化器症状(嘔吐・はき気・下痢・腹痛)

神経症状(頭・活気の低下・意識障害)

循環器症状(血圧低下・不整脈・頻脈(心拍数が増加している状態))

その他の症状()

日常生活での対応について詳細に記載ください。(例: 分けて調理が必要など)

9. 甲状腺異常、その他の内分泌疾患にかかったことがありますか。

有(病名: _____・_____歳) 無

10. 結膜炎、その他の眼科疾患にかかったことがありますか。

有(病名: _____・_____歳) 無

11. 外耳炎、中耳炎、乳様突起炎、その他の耳鼻科疾患にかかったことがありますか。

有(病名: _____・_____歳) 無

12. 湿疹、じん麻疹、水虫、その他の皮膚疾患にかかったことがありますか。

有(病名: _____・_____歳) 無

1 3. 次の症状を呈したことがあれば○印をつけてください。

薬物を使ったあと皮膚に発疹が出たりかゆくなった (_____ 歳)

薬物を使ったあとでむかついたり、気分が悪くなった (_____ 歳)

1 4.

(1) 外傷を受けたことがありますか。

頭 部 外 傷 有 (_____ 歳) 無

内 臓 損 傷 有 (部位 : _____ ・ _____ 歳) 無

骨折・脱臼 有 (部位 : _____ ・ _____ 歳) 無

は れ も の 有 (部位 : _____ ・ _____ 歳) 無

(2) 腹部の手術を受けたことがありますか。

有 (病名 : _____ ・ _____ 歳) 無

(3) 肛門からの出血、肛門周囲のかゆみ、痔、脱腸、ヘルニアなどにかかったことがありますか。

有 (病名 : _____ ・ _____ 歳) 無

(4) その他外科的治療（手術）を受けたことがありますか。

有 (病名 : _____ ・ _____ 歳) 無

(病名 : _____ ・ _____ 歳)

15.

(1) お酒は飲みますか。

飲む 飲まない

「飲む」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①好きな酒の種類

清酒 焼酎 ビール ウィスキー ワイン その他 (_____)

②量はどのくらい飲みますか。(例えば、清酒 2 合など具体的に記入してください)

毎日 _____

機会があれば _____

最高に飲んだ時の量 _____

③酒の肴は食べますか。

食べる (種類: _____) 食べない

(2) タバコは吸いますか。

吸う 吸わない

「吸う」に○を付けた方は、次の①②にも回答してください。

①1日にどれくらい吸いますか。 _____ 本

②いつ頃から吸い始めましたか。 _____ 歳

(3) その他の特別な嗜好品があったら、その品名と量を書いてください。

(_____)

16.

(1) カウンセリングまたは精神科医の診察、治療を受けたことがありますか。

有 無い

「有」に○をつけた方は、次の①～②にも回答してください。

①いつ頃：_____歳

②受診の理由：_____

③診断名（あれば）：_____

(2) 睡眠薬、精神安定剤を使用したことがありますか。

有 無

「有」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①いつ頃：_____歳

②期間：_____

③使用の理由：_____

17. 現在、何らかの病気で服薬をされていますか。

①病名

- | | |
|----------|------------------|
| 1. _____ | 診断された年齢： _____ 歳 |
| 2. _____ | 診断された年齢： _____ 歳 |
| 3. _____ | 診断された年齢： _____ 歳 |
| 4. _____ | 診断された年齢： _____ 歳 |
| 5. _____ | 診断された年齢： _____ 歳 |
| 6. _____ | 診断された年齢： _____ 歳 |
| 7. _____ | 診断された年齢： _____ 歳 |

②服薬している薬品名

- | | |
|----------|--------------------|
| 1. _____ | 服薬を開始した年齢： _____ 歳 |
| 2. _____ | 服薬を開始した年齢： _____ 歳 |
| 3. _____ | 服薬を開始した年齢： _____ 歳 |
| 4. _____ | 服薬を開始した年齢： _____ 歳 |
| 5. _____ | 服薬を開始した年齢： _____ 歳 |
| 6. _____ | 服薬を開始した年齢： _____ 歳 |
| 7. _____ | 服薬を開始した年齢： _____ 歳 |