

令和7年6月24日

大阪市人事委員会

提出書類について

第1次試験合格者は、次の書類を大阪市人事委員会へ郵送してください。

書類の作成には時間を要する場合がありますので、受診予定の医療機関及び最終学歴の学校にあらかじめ確認することをお勧めします。

なお、第1次試験の合格発表日は令和7年7月24日（木）を予定しています。

記

1 事前提出書類

- ・「身体検査票」（第2次試験書類）
- ・最終学歴の学校の「卒業（見込み）証明書」及び「学業成績証明書」（3ページ「学歴に係る証明書について」参照）

※「身体検査票」は、A4サイズの白色の紙に黒色のインクで**両面印刷**してください。詳細は別紙「身体検査についての注意事項」をご確認ください。

※別途、「面接カード」を提出していただきます。詳細は第1次試験合格発表と併せてお知らせします。

2 提出方法

封筒の表に「消防吏員 身体検査票在中」と朱書し、**令和7年8月1日（金）まで（必着）**に大阪市人事委員会へ郵送してください。原則、持参は受け付けません。**期限に間に合わない場合は、必ずご連絡ください。**

（2ページ「身体検査票等の提出方法」参照）

※郵便料金不足の場合は郵便局より返送される場合がありますので、お間違えないよう必ずご確認ください。

※配達状況の確認を必要とされる場合は、追跡サービスを利用して郵送してください。到着確認のご連絡には対応できません。不備等があった場合は、大阪市人事委員会からご連絡いたします。

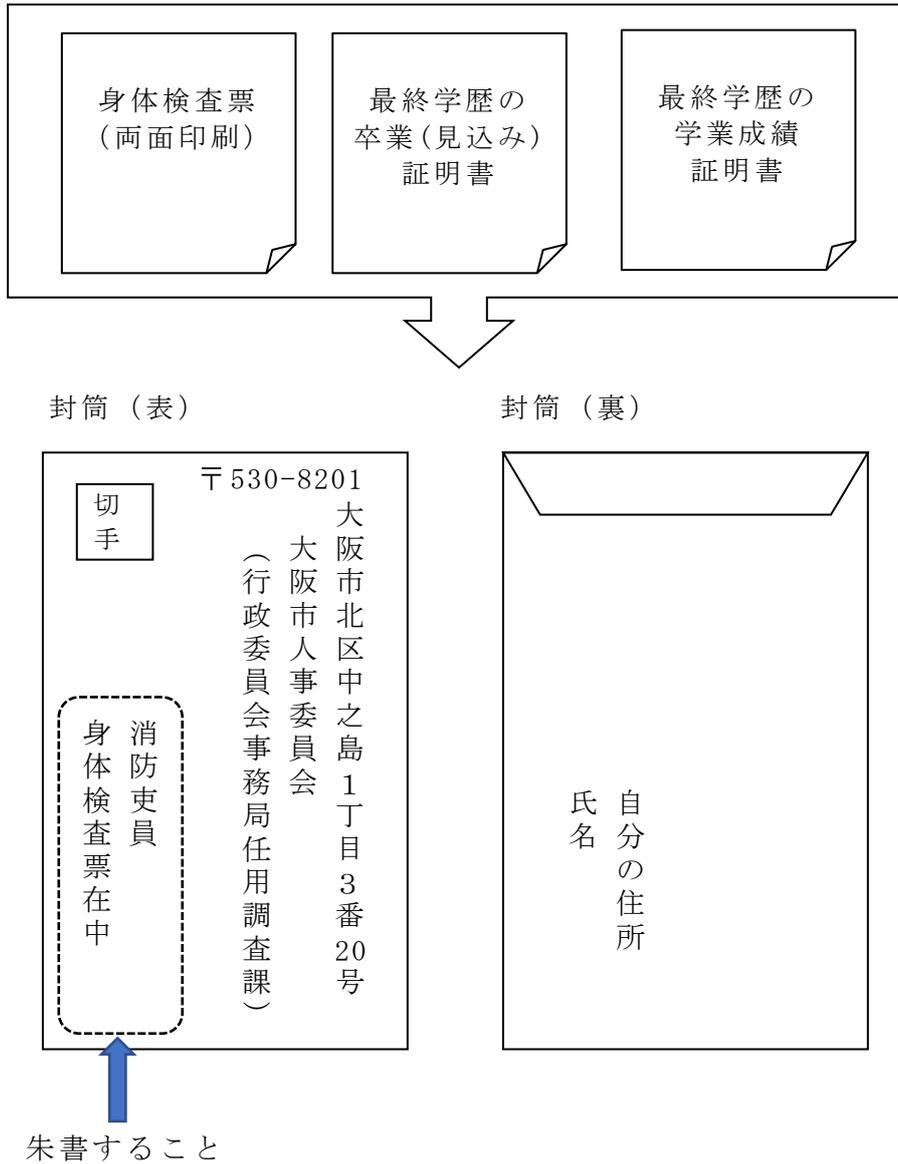
3 備考

- （1）「身体検査票」は必ず両面印刷で提出してください。片面印刷で提出された場合、受け付けない場合があります。
- （2）第2次試験受験を辞退される場合は、必ず大阪市人事委員会までご連絡ください。

(送付先及び問合せ先)

大阪市人事委員会 (行政委員会事務局任用調査部任用調査課)
〒530-8201 大阪市北区中之島1丁目3番20号 市役所4階
電話番号 06-6208-8545
開庁時間 月曜日から金曜日の午前9時から午後5時30分まで
(土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)

(参考) 身体検査票等の提出方法



学歴に係る証明書について

学歴に係る証明書について、次のとおり最終学歴に応じた卒業（見込み）証明書及び学業成績証明書等を提出いただきますようお願いします。

- 1 最終学歴が大学（短期大学を含む。）、高等専門学校、高等学校又は中学校の方
 - ・最終学歴の調査書又は卒業（修了）証明書及び学業成績証明書
 - ※「高等専門学校」とは、中学校を卒業した方が入学することができる、実践的・創造的技術者を養成することを目的とした5年一貫の高等教育機関です。
- 2 最終学歴が大学院又は専修・専門学校で、大学をそれ以前に卒業されている方
 - ・大学院又は専修・専門学校の修了（卒業）証明書及び学業成績証明書
 - ・大学の卒業証明書及び学業成績証明書
- 3 最終学歴が専修・専門学校で、高等学校をそれ以前に卒業されている方
 - ・専修・専門学校の修了（卒業）証明書及び学業成績証明書
 - ・高等学校の調査書又は卒業証明書及び学業成績証明書
 - ※ただし、1年制の学校及び受験予備校の証明書は不要です。
- 4 複数の大学（大学院）を卒業（修了）されている方
 - ・卒業した大学（大学院）全ての卒業（修了）証明書及び学業成績証明書
 - ※大学を編入（短期大学から大学への編入を含む。）された場合も、編入前及び編入後それぞれの大学の上記証明書が必要となります。
- 5 上記1～4以外の方
大阪市人事委員会（行政委員会事務局任用調査部任用調査課）（TEL：06-6208-8545）までお問い合わせください。

※注意事項

- (1) 卒業（修了）証明書については、令和8年3月末日卒業（修了）見込みを含みます。
- (2) 高等学校における学業成績証明書について、卒業後5年以上経過のため交付されない場合は単位修得証明書を提出してください。
- (3) 証明書に記載の姓名が現在の姓名と異なる場合は、旧姓名と新姓名が証明できる公的な書類（戸籍抄本など）の写しを提出してください。
- (4) 「卒業（見込み）証明書」及び「学業成績証明書」は、コピーではなく必ず原本で提出してください。「卒業証書」や「成績通知書」を誤って送付される方がいらっしゃいますのでご注意ください。
- (5) 中途退学した大学（大学院及び短期大学を含む。）、専修・専門学校がある場合についても、在籍期間を証明する書類（在籍証明書等）を提出してください。

次のページに続きます

令和7年6月24日

身体検査についての注意事項

大阪市人事委員会

1 対象者

第1次試験に合格した方が対象となります。

合格発表日：令和7年7月24日（木）（予定）

2 提出期限

令和7年8月1日（金）（必着）

- ・身体検査は第2次試験の一部のため、検査項目に漏れがある場合や、全ての検査項目の結果が確認できない場合は、他の試験結果に関わらず不合格となる場合があります。
- ・医療機関は項目に記載漏れ等がないか確認を行いませんので、必ずご自身で全ての項目に記載漏れ等がないか確認してください。
- ・「身体検査票」の記載内容について、合格後に虚偽が認められた場合は合格を取り消す場合があります。
- ・「面接カード」、最終学歴の学校の「卒業（見込み）証明書」及び「学業成績証明書」の提出期限も同日付けですので、遅れることのないよう準備してください。
- ・提出された書類等は受付後返却しません。

3 医療機関の選定方法及び費用

- ・医療機関の指定はありません。（大阪市人事委員会で医療機関の紹介は行っておりません。）
- ・受診費用は受験者の負担となります。
- ・医療機関によっては、受診してから「身体検査票」の作成まで時間を要する場合がありますので、必要な検査項目が全て検査可能であるか、提出期限までに「身体検査票」の作成が可能であるか、受診予定の医療機関にあらかじめ確認することをお勧めします。
- ・1か所の医療機関で全ての検査項目を受診できない場合、検査漏れが生じないように注意し、複数の医療機関を受診してください。
- ・複数の医療機関を受診する場合は、あらかじめ「身体検査票」を受験者本人がコピーし、その医療機関で検査した該当項目のみを記入するよう医療機関へお伝えください。

4 受診日

第1次試験合格発表日以降に受診してください。

ただし、各検査項目の検査結果については、令和7年5月1日（木）（令和7年8月1日（金）から3か月前）以降に医療機関で検査したものであれば有効と認めますが、必ず医療機関により「身体検査票」の作成を受けてください。

5 第1次試験合格後から「身体検査票」提出までの手順

①記載例を参考に「身体検査票」の1ページ目の太枠内に必要事項をあらかじめ記入し、写真を貼付する。

②「医療機関用身体検査の実施及び身体検査票の作成について」、「身体検査票（記載例）」及び「身体検査票」を医療機関に提出し、必ず受験者本人が受診する。

<受診時の注意事項>

・水は通常どおり飲んでください。

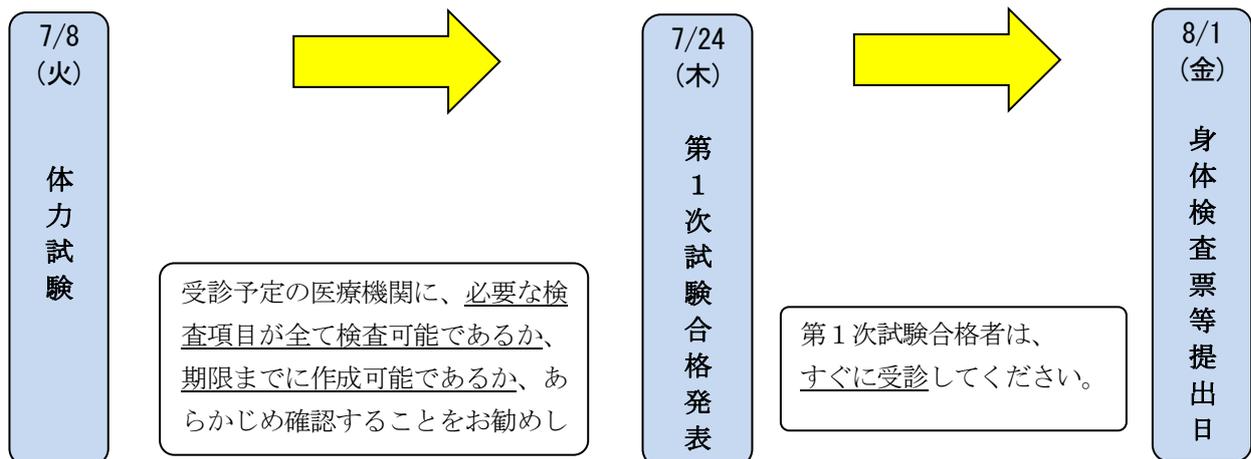
・血液検査について、検査の10時間前から絶食してください。

・前日は禁酒し、前日・当日とも過度な筋力トレーニングを行うなどの激しい運動はしないようにしてください。

・めがね又はコンタクトレンズ等を使用している方は、必ず持参し、矯正視力も検査してください。

③「身体検査票」について、全ての検査項目の結果が記入されているか（特に両眼の検査が漏れていないか）を確認し、不備があれば医療機関へ確認等行った上で、大阪市人事委員会あて提出する。

身体検査票提出までのイメージ



身体検査票（※記載例）

※1ページ目は全て本人が記入すること。

受験番号

〇〇—〇〇〇〇

写真貼付

(4 cm × 3 cm)

上半身・正面・脱帽

過去3か月以内に

撮影したもので

鮮明なもの

ふりがな	〇〇 〇〇	性別	生 年 日 月 日	平成 年 月 日生
氏 名	〇〇 〇〇	男・女		

◎既往歴、現病歴について当てはまる（ ）欄に○を記入してください。「治療中」又は「治療済み」に○を記入した方は、具体的な疾患名及び診断日から治癒時期も含めて記載してください。（診断日等、正確な日付が分からない方は、大まかな日付（～年頃）で構いません。）

※職務遂行に必要な健康度を有しているかを判定するための資料とします。

疾患	無し	治療中	治療済み	疾患名及び診断日から治癒時期
※記載例 糖 尿 病	()	(○)	()	疾患名：1型糖尿病 (出生時から現在に至るまで治療中)
心 疾 患	(○)	()	()	疾患名： ()
肺 疾 患	(○)	()	()	疾患名： ()
肝 疾 患	(○)	()	()	疾患名： ()
糖 尿 病	()	(○)	()	疾患名：1型糖尿病 (幼少時から現在に至るまで治療中)
腎 疾 患	(○)	()	()	疾患名： ()
てんかん	(○)	()	()	疾患名： ()
精神疾患	(○)	()	()	疾患名： ()
喘 息	()	(○)	()	疾患名：気管支喘息 (幼少時から現在に至るまで治療中)
そ の 他	(○)	()	()	疾患名： ()

記入日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

上記の内容に相違ありません。 (本人記名： _____ 〇〇 〇〇 _____)

両眼、右眼、左眼の視力3つ全てを記入してください。
めがね又はコンタクトレンズ等を使用されている場合、
裸眼視力に加えて矯正視力についても記入してください。

聴力検査において記載単位 (dB) に該当しない
検査を行い、問題がない場合は、「所見なし」
または「正常」と記入してください。

検査日	令和 ○年 ○月 ○日				
身長	172.5 cm			体重	65.0 kg
血圧	114/70 mmHg			※視力については、矯正視力を含み両眼で 0.7 以上かつ 一眼でそれぞれ 0.3 以上必要です。 <u>両眼・片眼とも全て</u> <u>記入してください。</u> 検査結果がこれに満たない場合は、 必ず受診者に検査結果をお伝えください。	
視力検査	両眼	0.3	(矯正 1.2)		
	右眼	0.2	(矯正 0.9)		
	左眼	0.2	(矯正 0.9)		
色彩識別 (赤・青・黄色の識別)	<input checked="" type="checkbox"/> 識別可 <input type="checkbox"/> 識別不可 <small>(識別不可の場合は、具体的な症状について記入してください。)</small>			※赤・青・黄色の識別ができれば「識別可」とします (パ ネル D-15 テスト等の色覚検査で判定していただいても 構いません。)	
聴力検査	右	1000Hz	0 dB	4000Hz	5 dB
	左	1000Hz	0 dB	4000Hz	5 dB
尿検査	蛋白	(—)		心電図検査	
	糖	(—)			
血液検査	腎機能	クレアチニン	0.65mg/dℓ	<input checked="" type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (所見ありの場合、心電図記録表 を添付してください。) (所見)	
		肝機能	A S T		
	A L T		11IU/ℓ		
	γ-GTP		9 IU/ℓ		
	血糖	空腹時血糖	95mg/dℓ		
HbA1c		5.0%			
胸部エックス 線検査	 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (所見ありの場合、エックス 線フィルムを添付してください。) (所見)				
総合所見	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		1 型糖尿病の治療中のほかは異常なし。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 就業上の配慮が要の場合、どういった配慮が必要か (食後に服薬が必要ではあるものの、就業には問題なし。)				
上記のとおり診断します。 医療機関名		○○○○ (病院名等)		医療機関名、所在地、 電話番号、担当医師名 は直筆、ゴム印のどち らでも結構です	
(所在地)		○○府○○市○区×—△—○			
(電話番号)		○○-○○○○○-○○○○			
令和 ○年 ○月 ○日	担当医師名	○○ ○○○			

※記入間違い、記入漏れがないことを確認し、受診者にもその旨お示しください。

医療機関各位

身体検査の実施及び身体検査票の作成について

大阪市人事委員会

記

- 1 別紙の身体検査票の全項目について検査を実施してください。なお、検査できない項目がある場合は、検査前に他の医療機関で検査するよう受診者にお伝えください。
- 2 受診者本人が記載した既往歴、自覚症状等については聴取していただいた上、「**総合所見**」欄にも必ず記入をお願いいたします。
- 3 空腹時血糖値について、あらかじめ、検査を受ける10時間前から絶食（水は可）するよう指示をしておりますが、検査時に確認をお願いいたします。
- 4 視力検査について、めがね又はコンタクトレンズ等を使用されている場合、裸眼視力に加えて矯正視力についても検査してください。また、両眼、右眼、左眼全ての検査を行い、それぞれの視力をご記載ください。
- 5 当該検査に関する費用は、全て受診者本人の負担となります。
- 6 身体検査票が作成できましたら、検査を行った全項目について記入がされていることを受診者にお示しいただき、封入・封かんの上、受診者本人にお渡してください。（検査結果については受診者にご説明をお願いいたします。）
- 7 各検査項目の結果については、**令和7年5月1日（木）（令和7年8月1日（金）から3か月前）以降に健康診断を受診した検査結果であれば有効**としております。検査項目の一部が検査済みで、検査日が異なるような場合は、検査日記入欄の空白部分に詳細を記入してください。
- 8 受診者の、大阪市人事委員会への当該検査票の提出期限を令和7年8月1日（金）（厳守）としておりますので、身体検査票の発行にあたっては、ご配慮いただきますようお願いいたします。

連絡先

〒530-8201

大阪市北区中之島1-3-20（市役所4階）

大阪市人事委員会（行政委員会事務局任用調査部任用調査課）

TEL 06-6208-8545