

加賀市医療センター職員採用候補者試験案内

平成30年5月17日

加賀市医療センター総務課

平成30年10月1日に採用する加賀市医療センター職員採用候補者試験を次のとおり実施します。

1 職種区分、採用予定者員及び受験資格等

職種区分	採用予定者員	受験資格等
看護職 (看護師・助産師・保健師)	5名程度	① 資格を有する者 ② 病棟での交替勤務が可能な者

※ 手話通訳士(者)の資格を有する者を優先します。

(注) 次の事項に該当する者は受験できません。

- ア 成年被後見人又は被保佐人
- イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終えるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- ウ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又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、又はこれに加入した者
- エ 加賀市職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過しない者

2 試験の日時、場所及び合格発表

職種区分	日時	場所	合格発表
看護職 (看護師・助産師・保健師)	平成30年6月30日(土) 午前9時から午後3時頃まで	加賀市医療センター 加賀市作見町36番地	試験終了後、受験者に通知します。

3 受験手続

次の書類を揃え、封筒の表に「平成30年度(職種区分を記入)採用選考」と朱書きの上、申込書類提出先まで簡易書留又は速達簡易書留郵便により送付してください。

普通郵便等で送付した場合の事故については、責任を負いませんのでご了承下さい。

① 履歴書(指定用紙)

- ・履歴書は、加賀市医療センター総務課人事係にてお渡しします。
- ・配布は、午前8時30分から午後5時15分まで行います。ただし土曜日・日曜日は配布を行いませんのでご注意ください。
- ・加賀市医療センターホームページ内、「採用情報」からもダウンロードできます。
- ・6箇月以内に撮影した正面上半身無帽の写真を添付してください。

② 大学等の卒業証明書

- ③ 成績証明書
- ④ 資格免許証の写し
- ⑤ 返信用封筒

(長形3号 (12cm×23.5cm) に返信先を明記の上、82円切手を貼付してください。)

※ 平成30年6月21日(木)までに試験案内の通知が届かない場合は、8の問い合わせ先まで連絡してください。

申込書類提出先

〒922-8522

石川県加賀市作見町リ36番地

加賀市医療センター総務課人事係「採用試験担当」

4 受付期間

平成 30年 5月 21日 (月) から 平成 30年 6月 15日 (金) まで

(備考)

郵便は、平成30年6月15日(金)消印有効とします。

5 試験内容

職 種 区 分	試 験 科 目
看 護 職 (看護師・助産師・保健師)	<ul style="list-style-type: none"> ① 適性検査 ② 小論文 ③ 個別面接

6 採用日

平成 30年 10月 1日

7 給与等の待遇

(1) 初任給

職 種 区 分	給 料 月 額	
看 護 職 (看護師・助産師・保健師)	(大 学 卒)	209,200 円
	(短大3年制卒)	197,100 円
	(短大2年制卒)	188,800 円

(注) この額は平成30年4月1日の月額です。また、学校卒業後、職業経験等の一定の経歴のある場合は、所定の金額が加算されます。

(2) 昇給

勤務成績の良好な者は、原則として年1回昇給します。

(3) 諸手当

期末手当、勤勉手当、扶養手当、通勤手当、住居手当、時間外勤務手当等がそれぞれ支給条件に応じて支給されます。

(4) 勤務時間

原則として、午前8時30分から午後5時15分までです。ただし、交替制勤務等の変則勤務があります。

(5) 休日

原則として、土曜日、日曜日、国民の祝日及び年末年始が休みとなります。ただし、交替制勤務等により振替休日となることがあります。

(6) 休暇

年次有給休暇（年間20日。ただし、採用1年目は5日。）の他、夏季休暇、結婚休暇等の特別休暇があります。

(7) 福利厚生

採用と同時に共済組合の組合員及び職員互助会等の会員となり、医療給付、その他の給付、各種貸付等が受けられます。

8 問い合わせ先

この試験の詳細については、次のところまでお問い合わせください。

〒922-8522 石川県加賀市作見町36番地

加賀市医療センター総務課人事係

電話（代表） 0761-72-1188（内線：2008）

FAX（直通） 0761-76-5263

ホームページアドレス <http://www.kagacityhp.jp/>

メールアドレス jinhosp@city.kaga.lg.jp

履歴書

年 月 日現在

ふりがな		
氏 名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女
携帯電話番号	E-MAIL	
ふりがな		電話 ()
現住所〒		—
		FAX ()
		—
ふりがな		電話 ()
連絡先〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		—
		FAX ()
		—

写真を貼る位置

1. 縦 36～40 mm
横 24～30 mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面にのりづけ
4. 裏面に氏名記入

年	月	学歴 (中学校卒業から最終学校まで学部学科名等詳細に記載のこと)	
年	月	日	職歴 (詳細に記載のこと)

記入上の注意 1：鉛筆以外の黒または青の筆記具で記入。 2：数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。
3：欄が不足する場合は別紙に記入のうえ添付。

氏名

年	月	免許・資格等

扶養家族数	(配偶者を除く)	人	配偶者	有 ・ 無	配偶者の扶養義務	有 ・ 無
-------	----------	---	-----	-------	----------	-------

志望の動機

(【医療職】職種を志した理由、【事務職等】医療業界を志した理由)

(当院を志望する理由)

得意分野、得意科目、自己PR等

趣味、特技等