

出水市病院事業職員採用試験を次のとおり実施する。

平成 3 0 年 7 月 2 7 日

出水市病院事業管理者 今 村 純 一

## 1 採用職種及び採用予定人員等

職 種	採用予定 人 員	受 験 資 格 ①、②いずれの要件も満たす者とします。
看 護 師	4 人程度	① 1973（昭和48）年 4 月 2 日以降に生まれた者 ② 看護師免許を有する者又は2018年度実施の国家試験で資格取得見込みの者

## 2 受験資格等

- (1) 採用に当たって、「障害者の雇用の促進等に関する法律」の趣旨を踏まえて試験を実施します。障害者手帳の交付を受け、障害の程度が 1 級から 6 級までに相当する方は、採用試験出願の際、障害者手帳を持参し受付で提示してください。
- (2) 原則として、採用と同時に市内に居住できる者とします。
- (3) 採用予定人員については、その後の変動要因により増減することがあります。
- (4) 合格後、受験資格等に不適格事項が判明した場合又は申込記載事項を偽って記載したことが判明した場合は、合格又は採用を取り消されることがあります。
- (5) 次の各号のいずれかに該当する者は、受験できません。
  - ア 日本国籍を有しない者
  - イ 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）
  - ウ 禁こ以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
  - エ 出水市職員又は出水市病院事業職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から 2 年を経過していない者
  - オ 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

### 3 試験の日時及び場所

(1) 試験日

平成30年9月16日(日)

(2) 場所 出水総合医療センター

### 4 試験の方法及び内容

作文、専門試験、パーソナリティ検査、個人面接、書類審査(受験申込書)及び健康診断書により総合的に判定して合否を決定します。

### 5 合格者発表

(1) 合格発表の時期

平成30年10月上旬までに受験者全員に文書で通知します。

(2) 試験結果の開示

試験結果の開示は、不合格者にのみ、本人(運転免許証、旅券、学生証等本人が確認できるものを持参のこと。)の請求により面接にて開示します(代理は認めません)。

ア 開示内容 総合得点及び合格最低点

イ 開示期間 合格発表の日から起算して1か月以内

ウ 開示場所 出水総合医療センター事務部経営企画課

### 6 採用

平成31年4月1日(今年度中の採用が可です。)免許取得見込者は取得後に採用します。ただし、免許を取得(国家試験に合格)できなかった場合には、採用を取り消します。

採用される時点で心身の故障等により勤務に堪えられない健康状態等である場合は、採用されないことがあります。

### 7 給与、勤務時間等

初任給については、出水市病院事業職員の初任給、昇格、昇給等の基準に関する規程に基づき、学歴免許等の資格や免許取得後の経験年数等に応じて支給されます。

給料のほか、扶養手当、住居手当、通勤手当、期末手当、勤勉手当等が、それぞれの支給条件に応じて支給されます。

また、勤務時間、その他の勤務条件は、すべて出水市病院事業の条例、規則等に定められているところによります。

## 8 受験手続及び受付期間

### (1) 受験申込書等の配布場所

出水総合医療センター経営企画課、各診療所、出水市役所本庁総合案内で配付するほか、出水総合医療センターホームページからダウンロードできます。

URL <http://www.hospital-city.izumi.kagoshima.jp/>

受験申込書等を郵便で請求するときは、封筒の表に「受験申込書請求」と朱書きし、120円切手を貼付したあて先明記の返信用封筒（角型2号封筒：A4判サイズ）を同封のうえ、出水総合医療センター経営企画課総務係に請求してください。

### (2) 申込手続及び申込先

受験申込書に必要な事項を記入し写真を貼付し、出水総合医療センター事務部経営企画課総務係に提出してください。なお、郵便で申し込むときは、封筒の表に「受験申込」と朱書きし、必ず特定記録郵便にしてください。

### (3) 受付期間

平成30年8月1日（水）から同31日（金）まで（午前8時30分から午後5時15分までとします。ただし、日曜日、土曜日、祝日は除きます。）

### (4) 申込時に用意するもの

**出水市病院事業職員採用試験受験申込書（写真を貼付したもの）**

## 9 試験日当日に持参するもの

- (1) 資格免許状の写し・・・既に資格を有している者
- (2) 健康診断書・・・所定の様式のもの。すべての検査項目の受診が可能な医療機関で受診してください。検査に係る費用は、自己負担とします。

## 10 その他

受験手続その他この試験についての問い合わせ先は、次のとおりです。

〒899-0131 鹿児島県出水市明神町520番地

出水総合医療センター事務部経営企画課総務係

TEL（代表）（0996）67-1611（内線1230）

FAX（0996）67-1661

E-mail [mail1@hospital-city.izumi.kagoshima.jp](mailto:mail1@hospital-city.izumi.kagoshima.jp)