

## 茨城県病院局看護職員（正職員）募集要項

H30.2

○ 茨城県病院局看護職員（正職員）を次により募集します。

1 採用試験の日時・場所等

日時	平成30年2月1日（木）以降で希望する日 ※募集定員に達した場合、終了することがあります。 ※試験日は、応募書類を確認後、希望日を元に経営管理課から履歴書に記載されたEメールアドレス又は電話番号あて連絡の上、別途調整させていただきます。
場所	茨城県立中央病院（試験会場・受付場所：別途連絡します。） 住所：笠間市鯉淵6528 Tel：0296-77-1121
募集人数	若干名
勤務場所	採用直後の配属先：茨城県立中央病院 （※勤務後の人事異動で茨城県立こころの医療センターへ配属となる可能性有り。）
採用日	H30.4.1以降で応相談
試験方法	適性検査，作文及び面接
持参品	筆記用具 ※受験票は発行しないので，当日会場にて名前を申し出てください。
結果通知	試験後2週間程度で受験者全員に対し，合否を通知します。
応募締切	受験希望日の2週間前までに応募書類を提出してください。
注意事項	※この試験は、 <u>看護師免許を保有している者を対象としたものです。</u> ※勤務に当たっては、 <u>一定回数の夜勤（2交替の場合：月4回前後，3交替の場合：月8回前後）がありますので，予めご承知おきください。</u>

2 受験資格

- (1) 採用日現在で，満45歳未満の者
- (2) 看護師免許を有する者。※地方公務員法第16条各号に該当する者は受験できません。

3 応募に必要な書類等

(1) 応募に必要な書類

- ① 申込書（別紙様式による） 1通
- ② 履歴書（別紙様式による） 1通
- ③ 面接表（別紙様式による） 1通
- ④ 身体検査書（別紙様式による） 1通
- ⑤ 看護師免許証の写し 1通
- ⑥ 看護師免許取得のために通った学校の卒業証明書及び成績証明書 各1通
- ⑦ 82円切手を貼った応募者自身のあて先を明記した返信用封筒 1通  
（長形3号〔縦23.5cm×横12cm程度〕）

- (2) 申込みは，本人又は代理人が持参若しくは郵送のいずれでも差し支えありません。  
なお，一度提出いただいた応募書類は返却いたしません。

(3) 提出先：茨城県病院局経営管理課（人事・給与グループ）  
〒310-8555 水戸市笠原町978-6 県庁舎15階  
TEL 029-301-6516

※持参の場合は、土・日曜日及び祝日を除き、午前9時から午後5時まで受け付けます。

#### 4 給与

給与は、病院事業職員の給与の種類及び基準に関する条例等により支給されますが、例えば、卒業後直ちに採用された場合の給料及び手当は、次のとおりです。

(1) 給料 (H29.4.1現在)

職種	学歴免許	給与月額（諸手当含む例）
看護師	大学卒	306,148円
	短大3卒	300,212円
	短大2卒	290,354円

※諸手当

夜間看護等手当：深夜勤（4回）、準夜勤（4回）として算出

地域手当：給与月額×6%

夜間勤務手当：平成28年度の新卒看護師1人当たりの平均額（中央病院の例）を加算

休日勤務手当：平成28年度の新卒看護師1人当たりの平均額（中央病院の例）を加算

時間外勤務手当：平成28年度の新卒看護師1人当たりの平均額（中央病院の例）を加算

住居手当：借家・借間の場合の上限額（27,000円）を加算

※学校卒業後一定の経験年数（職務経歴）がある場合は、上記金額に一定額が加算されることがあります。

(2) 手当

通勤手当、扶養手当、期末・勤勉手当等があります。

(3) 福利厚生

- ・ 共済組合に加入することにより、療養給付、災害給付、貸付金等が受けられます。また、全国にある保養所等の宿泊施設が利用できます。
- ・ 中央病院隣りの院内保育所（24時間保育）が利用可能です。

#### 5 その他

この試験についての問合せは、茨城県病院局経営管理課（人事・給与グループ）  
TEL 029-301-6516へ連絡してください。

#### 6 お知らせ

- ・ 県立病院見学を希望する方は随時受け付けます。ご相談ください。

【お問い合わせ先・連絡先】

県立中央病院 看護局 電話：0296-77-1121（代）内線2301

県立こころの医療センター 看護局 電話：0296-77-1151（代）内線301

- ・ 子育て等の事情により、一度医療の現場を離れた看護師の方々にも、安心して職場に復帰できるよう、研修プログラムを用意しております。

## 茨城県病院局職員採用試験申込書 【看護師】

試験希望日	第1希望 平成 年 月 日 ( ) 第2希望 平成 年 月 日 ( ) 第3希望 平成 年 月 日 ( )		
(ふりがな) 氏 名	( )		
生年月日	昭 和 平 成	年	月 日 ( 才)
最終学校名	昭和・平成 年 月 日 卒業		
資格免許 取得見込年月日	(看護師免許)	昭・平	年 月 日 取得
(希望) 採用日	平成30年度採用 (希望採用日: 平成 年 月 日以降)		

※ 参考までに、本採用試験をお知りになったきっかけに○を付けてください(複数回答可)。

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 1. 知人からの紹介    | 2. 県・各病院のホームページを見て |
| 3. 新聞折り込みを見て  | 4. 臨床実習            |
| 5. 就職説明会に参加して | 6. その他(具体的に: )     |

# 履 歴 書

No. 1

写 真    4 cm × 4 cm	(ふりがな)				
	氏 名	(印)			
	旧 氏 名	(異動：昭・平 年 月 日)			
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日 ( 才 )	性別	配偶者の有無 有 ・ 無	
(ふりがな) 現 住 所	〒 (      -      )		電 話	Eメールアドレス	
(ふりがな) 連 絡 先 <small>※現住所以外に連絡を 希望する場合のみ記入</small>	〒 (      -      )		電 話	Eメールアドレス	
学 歴  (小学校から記載すること)	学 校 名 学部学科名 (専攻科目)	修 学 期 間	年 数	修 学 区 分	
		年 月 日～ 年 月 日		卒 卒見込	第 学年 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒 卒見込	第 学年 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒 卒見込	第 学年 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒 卒見込	第 学年 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒 卒見込	第 学年 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒 卒見込	第 学年 修・退
		年 月 日～ 年 月 日		卒 卒見込	第 学年 修・退

\*履歴書No. 2も記入願います。

履 歴 書

No. 2

資 格 免 許 等	試験・資格・免許の名称	取得年月日	取扱機関
	看護師免許	昭・平 年 月 日	
	准看護師免許	昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
職 歴	在職期間	勤務先	職務内容
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤

※職務内容欄の「常勤（フルタイム勤務）」又は「非常勤（勤務時間がフルタイムに満たない）」に○をしてください。

私は、地方公務員法第16条の規定に該当しておりません。  
また、この履歴書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

受験者氏名（自署）

## 面 接 表

(ふりがな)	受験番号	性別	備考
氏 名 生年月日 (昭和・平成 年 月 日)	※		
在学中最も得意とした学科			
在学中最も不得意とした学科			
性 格			
所属クラブ等			
資格・特技			
趣味・嗜好			
好きなスポーツ			
志望の動機・理由			
自己アピールしたいことがあれば記入してください			

※ 受験番号は空欄のままでも結構です。  
 本表は口述考査（面接試験）に使用します。

# 身 体 検 査 書

茨城県病院局

氏 名		生年月日	年	月	日生
現住所					

身長		cm	眼 疾	有 ( ) ・ 無
体重		kg	聴 力	正常・異常 ( )
胸 囲		cm	耳 疾	有 ( ) ・ 無
四 肢	正常・異常 ( )		血 圧	~ mmHg
視 力	右	矯正 ( )	尿 検 査	蛋白：－ 土 ＋   －  － 糖：－ 土 ＋   －  － ウロビリノーゲン：正常・異常
	左	矯正 ( )		
胸部 X 線 検 査	所 見 ( )			
既 往 症	有 ( ) ・ 無			
現在治療中の 疾 病	有 ( ) ・ 無			
そ の 他 の 所 見	有 ( ) ・ 無			
精密検査の 要 否	要 ( ) ・ 否			

検査の結果は、上記のとおりです。

平成 年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

○印

**\*お 願 い**

- ・各欄の ( ) の中には具体的に記入してください。
- ・精密検査の必要があると認める場合は、疾病、検査名等について指示願います。

## 身体検査を受ける場合の注意事項

身体検査を受ける場合は、次の事項に注意してください。

1. 身体検査書用紙を医療機関に持参し、同医療機関の指示に従い身体検査を受けること。
2. 身体検査書の氏名・住所・生年月日欄は、各自が正確に記入しておくこと。
3. 検査に要した経費は本人負担となるので、当該医療機関の指示に従い納付すること。