

平成29年度実施試験案内

長崎県上対馬病院職員（地方公務員）採用試験

(理学療法士)

長崎県上対馬病院総務係 Tel.0920-86-4321

病院の運営主体：長崎県病院企業団

長崎県病院企業団とは、長崎県と島原地域、五島地域、壱岐地域及び対馬地域の市町が一体となって病院を運営することにより、県民の健康な生活を確保することを目的として設立された地方自治法上の特別地方公共団体（一部事務組合）です。職員の身分は地方公務員です。

長崎県上対馬病院の職員採用試験を、次のとおり行います。

- 1 受付期間 平成29年9月21日（木）～ 平成29年10月31日（火）
- 2 試験日 申込者に文書で通知します。
- 3 試験職種、採用予定数及び受験資格

試験職種	採用予定数	受験資格
理学療法士	1名	理学療法士の資格を有する方で、平成30年4月1日現在、40歳以下の方

次の各号の一つに該当する者は受験できません。

◎地方公務員法第16条の規定に該当する者

- ・成年被後見人又は被保佐人（禁治産者を含む）
- ・禁錮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
- ・長崎県病院企業団職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- ・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団体を結成し、又はこれに加入した者

4 試験の方法及び内容

試験方法	内容
論文試験	職務遂行に必要な思考力、判断力、構成力等についての論文試験
面接試験	人柄等についての個別面接による試験
身体検査	胸部疾患の有無、その他職務遂行に必要な健康度の有無の検査 (長崎県病院企業団が指定する医療機関の健康診断書の提出を求め、身体検査にかえます。)
受験資格等の調査	受験資格の有無、申込記載事項等について調査

5 受付期間及び受験手続等

受付期間	平成29年9月21日(木)から平成29年10月31日(火) 持参される場合は平日の午前8時30分から午後5時00分までで、土・日・祝日は休みです。郵送される場合は10月31日(火)必着
受験の申込方法及び申込み上の注意	<p>※受験票申込書は上対馬病院総務係で交付します。または、上対馬病院のホームページからもダウンロードできます。</p> <p>1. 受験申込書を長崎県上対馬病院へ提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所定の様式に、必要事項を漏れなく記載してください。 ・ 写真は、無帽で正面からの上半身を撮影したもの(過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません。)を貼付してください。 <p>2. 提出書類を郵送される場合は、郵便局で簡易書留扱いにしてください。</p> <p>送付先：〒817-1701 長崎県対馬市上対馬町比田勝630番地 長崎県上対馬病院総務係あて</p> <p>封筒の表に「職員採用選考試験受験申込」と朱書きしてください。</p>
個人情報の取扱い	受験申込者から取得する個人情報は、長崎県病院企業団の職員を採用するという目的を達成するために使用するものであり、職員採用に係る業務に必要な範囲でしか利用いたしません。

6 試験の日程等

日 時	場 所	合 格 発 表
申込者に文書で通知した日(平成29年11月) <ul style="list-style-type: none"> ・ 受付 13時30分～13時45分 ・ 論文試験 13時50分～14時50分 ・ 面接試験 15時00分～ 	長崎県上対馬病院 別館会議室 (住所) 長崎県対馬市上対馬町比田勝630番地	試験日の翌日に長崎県上対馬病院正面玄関及びホームページ(http://www.kamibyo.jp/)に合格者の受験番号を掲示するほか、合格者には文書で通知します。また、本人からの電話照会にも応じます。 ※不合格者には通知しませんのでご了承ください。

7 採用予定日等

- ・ 採用予定日は平成30年4月1日付です。ただし、欠員の状況に応じて、採用可能者はそれ以前に採用する場合があります。
- ・ 受験資格がないことが判明した場合、合格を取り消します。また、申込書記載事項が正しくないことが判明した場合は、合格を取り消すことがあります。

8 採用後の身分

地方公務員法第3条に定める一般職の地方公務員となります。

9 給与・勤務時間等

- (1) 長崎県病院企業団の定める「職員の給与に関する条例」により決定します。
- (2) 1週38時間45分、1日7時間45分
- (3) 有給休暇は、年次有給休暇のほか病気休暇、忌引休暇、産前産後休暇などがあります。

10 問い合わせ先

〒817-1701 長崎県対馬市上対馬町比田勝630番地
長崎県上対馬病院 総務係まで
TEL (0920) 86-4321 FAX (0920) 86-4324

平成29年度実施 長崎県上対馬病院職員（地方公務員）採用試験受験申込書

※欄は記入しないでください。

試験職種	理学療法士		受験番号	※	写真欄
ふりがな				性別	無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）
氏名				男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (平成30年4月1日現在 満 歳)				
現住所	〒 - (様方)				
電話番号		携帯電話			
合格通知書送付先	(上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 - (様方)				
電話番号					
学歴 (中学校以上を記入)	学校名	学部・学科名	在学期間		修学区分
	(現在または最終)		自 平・昭 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業
	(その前)		至 平・昭 年 月		<input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自 平・昭 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業
			至 平・昭 年 月		<input type="checkbox"/> 中退
職歴	勤務先の名称	職種等	職務内容	在職期間	
	(現在または最終)			自 平成 年 月	至 平成 年 月 (在職中・退職)
	(その前)			自 平成 年 月	至 平成 年 月
	(その前)			自 平成 年 月	至 平成 年 月
				自 平成 年 月	至 平成 年 月
管理栄養士の免許・資格		平成 年 月 日 取得			
その他の免許・資格	免許・資格の種類			取得年月日	
				昭・平 年 月 日	
				昭・平 年 月 日	
				昭・平 年 月 日	
			昭・平 年 月 日		

受験の動機・自己PRなど		
得意な科目・研究課題		
クラブ活動・スポーツ・文化活動		
趣味・特技		
健康状態		
<p>私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名（自署）_____</p>	受付印	※

申込記入上の注意

- 1 ※欄は記入しないでください。
- 2 □は該当するものをチェックしてください。
- 3 インク又はボールペンで、ていねいに、漏れがないよう楷書で記入してください。
- 4 掲載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。