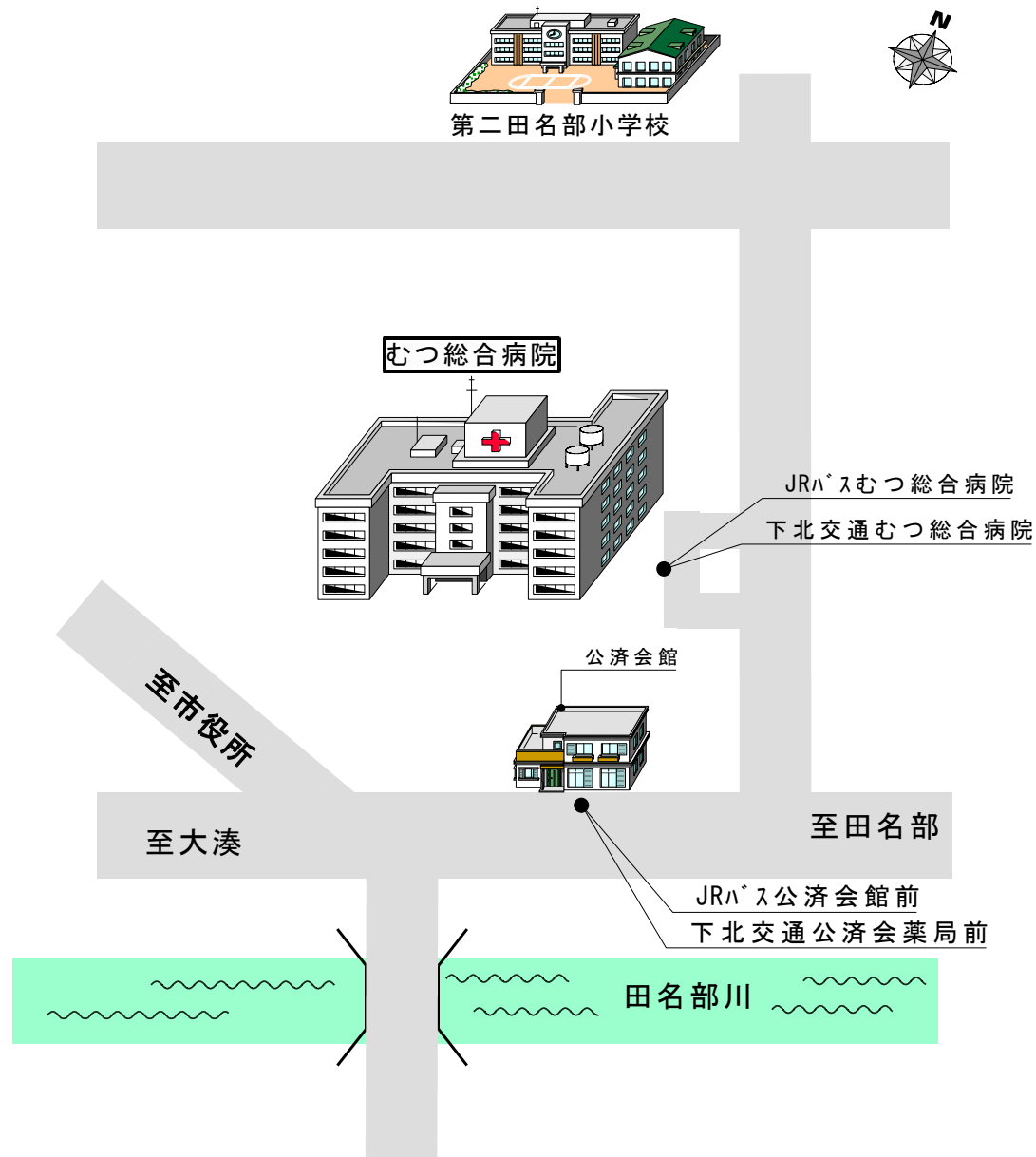


試験実施会場案内



平成22年度

一部事務組合下北医療センター職員採用試験案内

試験職種

薬 剤 師

受付期間

6月16日(水)～6月29日(火)  
※郵送の場合も、6月29日(火)必着

試験日

7月3日(土)

試験場所

むつ総合病院東診療棟3階会議室

問い合わせ・受験申込用紙請求・受験申込み先

むつ総合病院 総務課人事係

〒035-8601 むつ市小川町一丁目2番8号

TEL 0175-22-2111 内線 3873  
3221

1 試験職種、採用予定人員及び採用年月日

試験職種	採用予定人員	採用予定年月日
薬剤師	3名	平成23年4月1日

※ 資格免許所有者は、中途採用となる場合もあります。

2 受験資格

試験職種	受験資格
薬剤師	薬剤師免許を有する方又は平成23年5月31日までに取得見込みの方

いずれの職種も日本の国籍を有しない方及び地方公務員法第16条に規定する次に掲げる方は受験できません。

- ① 成年被後見人又は被保佐人
- ② 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
- ③ 一部事務組合下北医療センター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
- ④ 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 試験の方法及び内容

試験方法	内容
面接試験	主として人物について、個別面接により試験を行います。
小論文試験	職務の遂行に必要な識見、思考力等について課題小論文試験を行います。(1時間)

4 試験日時、場所及び合否発表

試験日 (開始時刻)	試験実施場所	合 否 発 表	
		発表日	発表方法
7月3日(土) (午前9時30分)	東診療棟3階	7月中旬頃	合否を受験者全員に郵送で通知します。

※ 都合により会場は変更となる場合があります。

5 受験申込書類

- (1) むつ総合病院職員採用試験受験申込書 1部
  - (2) むつ総合病院職員採用試験受験票 1部
  - (3) 薬剤師免許証の写し 1部
  - (4) 最終学校卒業証明書又は卒業見込証明書 1部
  - (5) 最終学校成績証明書 1部
  - (6) 健康診断書(指定の様式があります。) 1部
- ※(1)、(2)は、指定のものに自筆で記入し、縦4cm×横3cmの写真を貼ってください。  
 ※(3)は取得済みの方のみ提出してください。  
 ※(4)、(5)は、最終卒業学校へ依頼し発行してもらってください。  
 ★ 証明書類等が間に合わない場合は、後日提出で結構ですので、(1)・(2)を期日までに提出してください。

6 受験手続

受験申込書類の請求	受験申込書類は、むつ総合病院ホームページより印刷するか、総務課人事係で配布します。郵送で請求する場合は、封筒の表に「受験申込書類請求」と「受験職種」を朱書きし、返信用封筒(角2封筒に120円切手を貼って宛名を明記)を同封の上、総務課人事係に請求してください。
申込方法	受験申込書及び受験票に必要な事項を記入し、それぞれに顔写真を貼り総務課人事係に提出してください。郵送で申込みする場合は、封筒の表に「受験申込み」と朱書きし、返信用封筒(80円切手を貼って宛名を明記)を同封の上、総務課人事係まで送付してください。
受験票の交付	受験票は、申込書類受付時に交付します。郵送による申込みの場合は、受理後、随時受験票を送付します。なお、7月1日(木)までに届かない場合は、7月2日(金)に連絡をください。

7 申込み受付期間

平成22年6月16日(水)から平成22年6月29日(火)まで(ただし、土曜日及び日曜日・祝日は、受付しません。)  
 受付時間は、午前8時30分から午後5時までです。  
 郵送による場合は、平成22年6月29日(火)必着までを受付けます。

8 合格から採用まで

この試験の合格者は、採用候補者名簿に登載され、その中から採用者が決定されます。採用は、平成23年4月1日以後となります。(中途採用者を除く)  
 また、名簿の有効期間は、平成23年6月30日までです。  
 ただし、免許取得見込みの方は、平成23年5月31日までに免許を取得できる見込みのない場合、合格者の資格は消滅し、採用候補者名簿から抹消されます。

9 給 与

初任給(給料+調整額)は、  
 薬剤師 平成23年4月大学卒で採用の場合 202,200円程度

ですが、薬剤師資格所得後の勤務経験により給与額はプラスされます。  
 昇給は、原則として毎年1回行います。  
 また、6月・12月に期末手当及び勤勉手当、支給条件に応じて扶養手当、通勤手当、住居手当等の各種手当が支給されます。

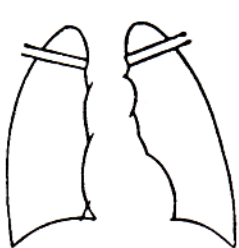
# 職員採用試験受験申込書

試験職種		受験番号	※		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>(写真欄)</p> <p>写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけず、正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの大きさのものを糊でしっかり貼ってください。</p> </div>
ふりがな	-----		性	男・女	
氏名	-----		別	(0で囲む)	
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	平成22年4月1日現在 (満 歳)		
現住所	〒 ----- アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。 電話 ( ) -				
連絡先	〒 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。 ----- 電話 ( ) -				
趣味・特技					
志望動機					
学 歴 (中学校から順にすべての学歴を記入してください。)					
学校名	学部	学科	在学期間	区分(0で囲む)	
中学校	---	---	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒業	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	

免許・資格（この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください）							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年 月 日			
		取得済・取得見込		年 月 日			
		取得済・取得見込		年 月 日			
経 歴 (今までの一切の勤務経歴を古い順に記入して下さい。 自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称		所在地		仕事の内容	身分	在 職 期 間	
						昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
						昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
						昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
						昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
家 族 構 成							
氏 名		年齢	職 業		氏 名	年齢	職 業
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日 氏 名 ⑩</p>							
<p>記入心得</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自筆で記入してください。</li> <li>2. ※印は、記入しないでください。</li> <li>3. 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。</li> <li>4. 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。</li> </ol>							
※受付日 平成 年 月 日			※受付印			※受験票 交付済印	

# 健康診断個人票(雇入時)

事業所名	
所在地	

氏名	生年月日		年 月 日		健診年月日		年 月 日	
	性 別		男	女	年 齢		歳	
業 務 歴	血 圧 (mmHg)		~					
	貧 血 検 査	血色素量 (g/dℓ)						
		赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )						
既 往 歴	肝 機 能 検 査	G O T (IU/ℓ)						
		G P T (IU/ℓ)						
		γ - G T P (IU/ℓ)						
自 覚 症 状	血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール (mg/dℓ)						
		HDLコレステロール (mg/dℓ)						
		トリグリセライド (mg/dℓ)						
他 覚 症 状	血 糖 検 査 (mg/dℓ)							
	尿 検 査	糖		-	+	#	##	
蜜 白		-	+	#	##			
身 長 (cm)								
体 重 (kg)								
B M I								
腹 囲 (cm)	そ の 他 の 法 定 検 査							
視 力	右	( )						
	左	( )						
聴 力	右 1000Hz 4000Hz	1 所見なし	2 所見あり	そ の 他 の 検 査				
		1 所見なし	2 所見あり					
	左 1000Hz 4000Hz	1 所見なし	2 所見あり	医 師 の 診 断				
		1 所見なし	2 所見あり					
胸 部 エックス線 検 査	直接 間接 撮影 年 月 日		健康診断を実施した医師の氏名 <sup>㊞</sup>					
			医 師 の 意 見					
			意見を述べた医師の氏名 <sup>㊞</sup>					
	フィルム番号 Na		歯 科 医 師 に よ る 健 康 診 断					
			歯 科 医 師 に よ る 健 康 診 断 を 実 施 し た 歯 科 医 師 の 氏 名 <sup>㊞</sup>					
	備 考		歯 科 医 師 の 意 見					
意見を述べた歯科医師の氏名 <sup>㊞</sup>								

備 考

- 労働安全衛生規則第43条、第47条若しくは第48条の雇入時の健康診断又は労働安全衛生法第66条第4項の健康診断を行ったときに用いること。
- BMIは、次の算式により算出すること。  

$$BMI = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$
- 「視力」の欄は、矯正していない場合は ( ) 外に、矯正している場合は ( ) 内に記入すること。
- 「その他の法定検査」の欄は、労働安全衛生規則第47条の健康診断及び労働安全衛生法第66条第4項の健康診断のうち、それぞれの該当欄以外の項目についての結果を記入すること。
- 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。
- 「歯科医師による健康診断」の欄は、労働安全衛生規則第48条の健康診断を実施した場合に記入すること。
- 「歯科医師の意見」の欄は、歯科医師による健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について歯科医師の意見を記入すること。

一部事務組合下北医療センター  
職員採用試験受験票

試験職種	※受験番号
ふりがな	
氏名	

(写真欄)

写真は、受験申込書と同じも  
の(縦4cm、横3cm)を糊で  
しっかり貼ってください。

受験心得

1. 試験日当日の受付時間は、12:45~13:00です。
2. 受験の際は、必ず本票を受付に提示してから試験会場へ入場してください。
3. 筆記用具は、HBの鉛筆(シャープペンでも可)と消しゴムを必ず持参してください。

一部事務組合下北医療センター  
職員採用試験受験票

試験職種	※受験番号
ふりがな	
氏名	

(写真欄)

写真は、受験申込書と同じも  
の(縦4cm、横3cm)を糊で  
しっかり貼ってください。

受験心得

1. 試験日当日の受付時間は、12:45~13:00です。
2. 受験の際は、必ず本票を受付に提示してから試験会場へ入場してください。
3. 筆記用具は、HBの鉛筆(シャープペンでも可)と消しゴムを必ず持参してください。