

# 美濃市職員（パート保健師）採用試験実施要項

## 1 採用職種・募集人員・受験資格

職種及び募集人員	受験資格
・保健師 1名	・保健師免許取得者（本年度卒業見込みの方を含む）

上記の他、次の各号の一に該当する人は受験できません。

- (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、その執行を終えるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (3) 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人

## 2 採用予定時期 平成24年4月1日

## 3 受験手続

- (1) 申込書の交付
  - ・ 申込書は、美濃市立美濃病院でお渡しします。
  - ・ 美濃市立美濃病院ホームページの申込書もご利用いただけます。
- (2) 申込方法
  - ・ 申込書に必要な事項を自筆で記入し提出してください。（郵送可）
- (3) 提出書類
  - ①美濃市職員（パート保健師）採用試験申込書
  - ②保健師免許証（写し）
  - ③健康診断書（申込日3ヶ月以内に診断を受けたもの）
  - ④卒業見込証明書（本年度卒業見込みの方）
- (4) 受付期間

平成24年1月23日（月）から2月20日（月）までの午前8時30分から午後5時15分まで受け付けます。（土・日曜日・祝祭日を除く）
- (5) 受付場所
  - ・ 美濃市立美濃病院事務局

#### 4 試験日・試験内容

- (1) 日 時 平成24年2月23日(木)午後1時から
- (2) 場 所 美濃市立美濃病院
- (3) 試験の内容 小論文 面接試験
- (4) 合格発表 文書により通知(受験者全員に通知)

#### 5 勤務条件等(平成24年4月1日予定) 別紙のとおり

#### 6 その他

- (1) この試験について詳しいことをお尋ねの場合は、下記まで連絡してください

\*連絡先 〒501-3746 美濃市中央4丁目3番地  
美濃市立美濃病院事務局  
TEL 0575-33-1221

## パート保健師勤務条件

平成24年度

美濃市立美濃病院

○ 勤務日及び時間（標準勤務時間）

勤務日 月～金曜日  
勤務時間 午前8時30分～午後5時15分（休憩45分）

○ 勤務時間単価

平日	一時間あたり	1,200円
土・日・祝祭日	〃	1,300円
年末年始	〃	1,600円

○ 期末勤勉手当

支給月 6月・12月  
支給額 勤務実績により上限16万円まで

○ 手当

有給休暇 継続6ヶ月以上勤務後の方のみ（勤務期間及び実績により年間10日まで）  
（勤務継続期間及び雇用日から年度の3月末まで勤務とする）  
通勤手当 通勤距離が2km以上の場合に市条例に定める金額を上限として支給

○ 福利厚生

社会保険加入 労働時間が一週間で30時間以上、かつ、労働日数が一ヶ月で17日以上勤務する場合加入となる。  
雇用保険加入 労働時間が一週間で20時間以上、かつ、31日以上引き続き雇用されることが見込まれる場合加入となる。

○ 雇用体制

雇用期間 雇用日からその年度の3月末  
勤務体制 勤務日及び時間は相談の上決定となる。ただし、都合により雇用通知以外の勤務日、時間に勤務をお願いする場合がある。  
連絡体制 日常における相談・連絡・報告については所属長を介して行なう。

# 美濃市職員（パート保健師）採用試験申込書

## 写 真 欄

1 6か月以内、脱帽、  
上半身 正面縦で撮  
影し、本人と確認で  
きるもの

2 申込時に写真を  
はり提出。

美濃市長 様

このたび、美濃病院パート保健師に採用されたく、関係書類を添えて申し込みます。  
平成 年 月 日

申込者氏名

印

## 履 歴 票

1 氏 名 (ふりがな)		2 生年月日・年齢・性別		※受 験 番 号	
-----		昭和 <input type="checkbox"/> 男 年 月 日生			
		平成 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳 (申込時)			
3 本籍地 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		4 現住所 (ふりがな) (同居人の場合は、同居先も書いてください。) (〒 - )  (電話 市外局番 局 - 番)			
5 連絡先 (現住所以外に連絡先があればその連絡先) (〒 - )  (電話 市外局番 局 - 番)					
6 学 歴 (最終学歴とその前の2つを新しいものから順に書いてください。住所地は市町村まで書いてください。)					
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地	期 間		学 年 を 記 入 し、○でかこむ
最 終			年 月から 年 月まで		学年 卒・卒見・在・中退
その前			年 月から 年 月まで		学年 卒・中退
その前			年 月から 年 月まで		学年 卒・中退

7 職歴 就職したことについて、新しいものから順に詳しく書いてください。（自営業も含まれます。書ききれない場合は別紙にて添付してください。）						
勤務先	部課名	所在地	在職期間	職務内容	給料	備考
			年 月～ 年 月		円	
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			
			年 月～ 年 月			

8 特殊技能 検定、資格免許（保健師免許その他、自動車運転免許、英語検定、珠算免許等）を有する人は記入してください。			
名称	種類	取得年月日	資格・免許等の認定、交付機関

9 志望の動機	10 自己紹介文
<p>11 次の質問に答えてください。</p> <p>(1) 成年被後見人や被保佐人の宣告を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>(2) かつて、禁こ以上の刑に処せられたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>(3) かつて美濃市において、懲戒免職になったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>(4) 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主張する政党や団体を結成し、又はこれに加入したことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p>	

記入上の注意事項

- □の該当するものにチェック レ印を付けてください。
- 数字は算用数字を用い、※の欄を除く全ての欄にもれなく記入してください。
- 記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- 必ず受験者本人が記入してください。

# 健康診断書

住 所	
氏 名	
生年月日	年      月      日

I	1. 身長	cm
	2. 体重	kg
	3. 視力	左      .      (      .      )      右      .      (      .      )
	4. 色覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )
	5. 聴力	右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )
		左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )
	6. 血圧	最高      mmHg      最低      mmHg
	7. 尿	蛋白      - , ± , +      (      mg/dℓ)      糖      - , ± , +      (      mg/dℓ)
	8. 身体的能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )
9. 言語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常      (      )	

II	1. 胸部疾患	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある      (      )
	2. 腹部疾患	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある      (      )
	3. その他の異常・疾患	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある      (      )
	4. X線撮影	年      月      日
	異常所見	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある      (      )

III	その他 特記事項	
-----	-------------	--

上記のとおり、診断します。

平成      年      月      日

住      所

医療機関名

医 師 名

Ⓜ