

令和2年度（2020年度）採用

函館市病院局会計年度任用職員採用試験案内

令和2年8月31日

函館市病院局管理部庶務課

1 募集職種、採用予定数および受験資格

募集職種	採用人数	業務上必要な経験等	従事業務
調理補助	若干名	不問	市立函館南茅部病院の調理部門に所属し、洗浄および調理場の清掃などの調理補助業務に従事します。 ※勤務日、勤務時間については面接時に相談となります。

ただし、次の方は受験できません。

地方公務員法第16条に規定される、下記のいずれかに該当する方

- ・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの方
- ・ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法または、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、またはこれに加入した方

※ 国籍は問いません。（就職が制限されている在留資格の者の応募は認めません。）

2 勤務先

勤務場所

市立函館南茅部病院

3 試験方法および内容

試験	方法	内容
試験内容	個別面接	面接試験による人物評価

※ 試験内容については、お答えできません。

4 試験日時および合格発表

日時	試験場所	合格発表
受験者と調整のうえ決定	市立函館南茅部病院 (函館市安浦町9番地)	合格者には郵送により通知します。

※ 受験票を必ずご持参ください。

※ 試験場所は、応募者の人数によって、変更となる場合があります。その際は、受験票で通知します。

5 申込みの方法および受付期間

必要書類	1 採用試験申込書 2 面接カード 3 返信用封筒 (長形3号封筒に84円切手を貼ったうえで送付先を記入済のもの) ※ 提出書類はいかなる理由でも <u>返還いたしません</u> のでご注意ください。
申込方法 および 提出先	必要書類に所定の事項を記入のうえ、持参または郵送により、 <u>いずれかの場所に</u> 提出してください。 函館市病院局管理部庶務課 (市立函館病院内) 〒041 - 8680 函館市港町1丁目10番1号 TEL (0138)43 - 2000 (内線4208) 市立函館南茅部病院 〒041 - 1612 函館市安浦町9番地 TEL (0138) 25 - 3511
受付期間	随時受付しております 受付時間：午前8時30分から午後5時00分まで (ただし、土曜日・日曜日・祝日を除く)

6 給 与

募集職種	給料 (日額) ※2時間勤務の場合	手当等	その他
調理補助	2,080円 ～ 2,240円	通勤手当, および時間外手当が支給されます。	給料は公務経験および職務に有用と認められる民間経験等により異なります。

※ 給与の見直しに伴い変更となる場合があります。

※ 通勤手当は通勤距離など一定の要件を満たす場合に支給されます。

7

休日・勤務時間等

- 1 週休日 8週間に16日の割合で、かつ4週間に4日以上となるよう管理者が定める日（シフト勤務制）
- 2 休日 国民の祝日に関する法律に規定する休日および12月29日から翌年の1月3日までの休日に相当する日数となるように管理者が定める日
- 3 勤務時間 午前8時00分から午前10時00分
午後4時50分から午後6時50分など
※上記のいずれか勤務可能な時間をご相談ください。
- 4 その他 配置により勤務体制が異なる場合があります。
上記休日・勤務時間については現時点のものであり、予告無く変更する可能性があります。

8

その他

- 1 この試験は函館市病院局会計年度任用職員の採用試験であって、函館市会計年度任用職員採用試験とは異なりますので、注意してください。
- 2 必要書類が不備の場合は、申込み受付をしないので注意してください。
- 3 任用期間は、原則採用日から翌年3月31日までの1会計年度内です。なお、勤務実績等に基づく人事評価により、再度の任用を行う場合があります。

函館市病院局管理部庶務課

〒041-8680 北海道函館市港町1丁目10番1号（市立函館病院内）

TEL 0138-43-2000（内線：4208）

ホームページ <http://www.hospital.hakodate.hokkaido.jp/index.html>

上記ホームページから、応募書類もダウンロードできます。

令和2年度 函館市病院局会計年度任用職員採用試験申込書

写 真
※6か月以内に撮影した正面, 無帽, 無背景の写真 縦40 ^ミ ×横30 ^ミ
令和 年 月 日 撮影

受付年月日	職 種	受験番号
令和2年 月 日	印	調理補助

ふりがな		性別	男・女
氏 名			
生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳)		

ふりがな			
現住所	〒 _____	電話 () _____	方
連絡先 (帰省地等の連絡先がある場合記入)	〒 _____	電話 () _____	方

最終学歴	学 校 名	学部・学科名等	所在地 (町村まで)	期 間	○で囲む
				平・令 年 月から 平・令 年 月まで	卒・修了・ 卒見込

就業したことがない (つける)

職 歴	勤 務 先	所 在 地	在職期間	職務内容
別紙に4つ以上ある場合は (書式自由)記入	現在(最終)			

免 許・資 格	名 称	取得年月 (取得見込年月)	名 称	取得年月 (取得見込年月)
		平・令 年 月		平・令 年 月
		平・令 年 月		平・令 年 月

備 考	
-----	--

以上のとおり相違ありません。

令和2年 月 日 本人氏名(自筆)

[記載上の注意]

- 1 記載事項に不正があるときは, 病院局会計年度任用職員として採用される資格を失うことがあります。
- 2 太枠内をもれなく記入してください。
- 3 記入はすべて黒インクか黒ボールペンを用い, 楷書で丁寧に記載してください。数字は, 算用数字を用いてください。
- 4 住居を変更した場合はすぐに通知してください。
- 5 身体の障害により特別の配慮が必要な方は, その旨を上記備考欄に記入願います。

受験番号	—		面接カード		
氏名		性別		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
		住所			
学歴	大学院	年 月卒・修了			
	大学	年 月卒・修了			
	短大	年 月卒・修了			
	専門学校	年 月卒・修了			
	高校	年 月卒・修了			
部活・サークル			趣味		
1. 志望動機					
2. 自分の性格					
3. 現在関心をもっていること					
以下は就業経験のある方のみ，差し支えなければ記入してください					
4. 職務調査の同意 (どちらかに○をつけて回答してください) ※採用職種経験等の確認のため，これまで勤務された事業所等に問い合わせを行う場合があります ・同意します ・同意しません ※差し支えなければ，以下に理由を記入してください ()					
5. 備考					