

令和4年度 函館市病院局職員採用試験案内

令和4年1月13日

函館市病院局管理部庶務課

1 試験区分、採用予定数および受験資格

試験区分		採用人数	受験資格	
			学歴および生年月日	その他資格要件
資格・免許職	言語聴覚士	若干名	昭和57年4月2日以降に生まれた方	言語聴覚士の免許所有者または、令和4年4月までに免許取得見込の方

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、その執行が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 勤務地

勤務場所	住所
市立函館病院	北海道函館市港町1丁目10番1号

3 試験方法および内容

試験区分		面接試験	適性検査
資格・免許職	言語聴覚士	口頭試問等により行います	筆記による検査を行います

※ 後日、合格者には、職務遂行に必要な健康状態を審査します。

4 試験日、試験場所および結果発表

試験日	試験場所	結果発表
言語聴覚士 2月中旬予定	市立函館病院 〒041-8680 北海道函館市港町1丁目10番1号	郵送により本人宛通知します。

※ 詳細につきましては、受験票等にてお知らせいたします。

5 申込みの方法および受付期間

必要書類	<ol style="list-style-type: none">1 函館市病院局職員採用試験申込書2 面接カード3 試験区分の免許証の写し（既取得者）4 成績証明書（免許取得にかかる最終学歴を有する教育機関の発行したもの）5 卒業証明書または卒業見込証明書 （免許取得にかかる最終学歴を有する教育機関の発行したもの）6 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） <p>※ 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。</p>
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 北海道函館市港町1丁目10番1号 TEL (0138)43-2000（内線4208）
受付期間	令和4年1月13日（木）～令和4年1月31日（月） ※ 必着 受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで（ただし、土曜日・日曜日を除く）

6 合格から採用まで

最終合格者は、採用候補者名簿に登録され、この中から任命権者（病院局長）によって採用者が決定されます。

なお、この名簿は、令和4年4月以降の採用に対するものであり、有効期間は1年間です。また、採用候補者名簿に登録された場合でも、令和4年4月に資格要件にある免許が取得できない場合は、この名簿から削除されます。

7 給 与

職種	学歴	初任給	その他
言語聴覚士	大 学 卒	188,400円	給与規程に基づき、扶養手当、通勤手当、住居手当、期末手当、勤勉手当、寒冷地手当等が支給されます。
	短 大 卒 (3年制)	181,300円	

※ 給与の見直しに伴い変更となる場合があります。

※ 有資格者については、初任給は、採用前の経歴等に応じて、加算されます。

8 休日・勤務時間等

- 1 週 休 日 8週間に16日の割合で、かつ、4週間につき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管理者が定める日
- 3 勤務時間例 午前8時30分から午後5時15分
- 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。

9 その他

- 1 この試験は函館市病院局職員の採用試験であって、他の地方公共団体等(函館市を含む)に勤務する職員の採用試験ではない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 申込み時の提出書類等は一切返却いたしません。
- 4 外国籍の職員の採用や昇任は、「日本国籍を有しない者は公権力の行使または公の意思の形成への参画にたずさわる職には就くことができない」という公務員の基本原則に基づき行われます。
- 5 採用にあたっては、地方公務員法第22条第1項(条件付き採用)が適用されます。

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4年度 函館市病院局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 ^{ミリ} ×横30 ^{ミリ} 令和 年 月 日 撮影	受付年月日		職 種	勤務箇所	受験番号
	令和4年 月 日	印	言語聴覚士	市立函館病院	

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

職歴 (4つ以上ある場合は備考欄に記入)	□ 就業したことがない (☑つける)			
	勤 務 先	所 在 地	在職期間	職務内容
	現在(最終)		平・令 年 月から 平・令 年 月まで	
			平・令 年 月から 平・令 年 月まで	
			平・令 年 月から 平・令 年 月まで	

免許・資格 (薬剤師等)	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
		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 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、職員として採用される資格を失うことがあります。
- 2 太枠内をもちろん記入してください。
- 3 記入はすべて黒インクか黒ボールペンを用い、かい書でいねいに書いてください。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 試験会場設営上の都合から、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 (※下記の回答により、採否決定に影響はありません)				
4. 職務内容確認の同意 (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 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>				
5. 備考				