

令和2年度 函館市病院局職員採用試験案内

令和元年8月21日
函館市病院局管理部庶務課

— 函館市病院局では —

総務・経理部門で培った**経験**を活かし、ともに**困難な業務に挑戦**できる方を求めています。

1 試験区分、採用予定数および受験資格

○ 募集職種、採用人数

試験区分	採用人数	従事業務
一般事務 (経験者)	2名程度	総務、経理、調度、医事、医療連携および医療情報等の分野において、事務業務等に従事します。

○ 年齢要件、受験資格

試験区分	年齢要件	受験資格
一般事務 (経験者)	昭和55年4月2日から平成9年4月1日までに出生した方。	学校教育法による高等学校またはこれに相当すると認められる学校等を卒業した方またはそれ以上の学歴を有する方で、下記のいずれかの経験を有する方。 ① 企業等の総務部門、人事部門等における実務経験。 ② 企業等の財務部門、経理部門等における実務経験。 ※ 「民間企業等」とは民間企業、団体職員、官公庁等を指します。 ※ 雇用形態は「正規雇用」「臨時雇用」の別は問いません。

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

- ・ 成年被後見人または被保佐人
- ・ 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

函館市病院局管理部（市立函館病院内）、市立函館病院の事務局、市立函館恵山病院、市立函館南茅部病院

- ※ 勤務場所の選択はできません。
- ※ 勤務場所は異動することがあります。

3 試験方法および内容

試験	方法	内容	日程
第1次試験	教養試験	公務員として必要な一般的知識および知能に関する択一式による筆記試験 ※ 出題分野 社会、人文および自然に関する一般知識ならびに文章理解、判断推理、数的推理および資料解釈に関する一般知能	10月20日（日）
	適性検査	筆記による検査	
第2次試験	個別面接	面接試験による人物評価	合格者へ通知します。
第3次試験	個別面接	面接試験による人物評価	合格者へ通知します。

- ※ 後日、最終合格者には、職務遂行に必要な健康状態を審査します。
- ※ 受験資格に疑問がある場合は、担当までご連絡ください。
- ※ 試験内容については、お答えできません。

4 第1次試験日時および合格発表

日時	試験場所	合格発表
10月20日（日） 開 場：8時30分～（予定） 試験開始：9時00分～（予定）	市立函館病院 （函館市港町1丁目10-1）	11月初旬予定 （変更となる場合があります。） 合格者には郵送により通知するほか、市立函館病院のホームページへ合格者の受験番号を掲載します。

- ※ 受験票、鉛筆（HB）および消しゴムを必ずご持参ください。（昼食は必要ありません）
- ※ 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。
- ※ 第2次試験以降の詳細については、合格者へ受験票等にて通知します。

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 職務経歴書 4 エントリーシート 5 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	<p style="text-align: center;">令和元年8月21日(水) ~ 令和元年9月18日(水) ※ 必着</p> 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・祝日を除く)

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、令和2年4月に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、採用候補者名簿に登録された場合でも、経歴等の記載不備により、受験資格を欠いていることが明らかとなった場合は、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
一般事務 (経験者)	大 学 卒	180,700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	161,300円	
	高 校 卒	148,600円	

※ 給与の見直しに伴い変更となる場合があります。

※ 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 休日 週休2日制（土曜日、日曜日、祝日）
- 2 勤務時間 午前8時30分から午後5時15分（函館市病院局管理部および市立函館病院事務局）
午前8時15分から午後5時00分（市立函館恵山病院および市立函館南茅部病院）
- 3 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2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×横30ミ
令和 年 月 日 撮 影

受付年月日	職 種	受験番号
令和元年 月 日	印	一般事務（経験者）

ふりがな			
氏 名		性別	男・女
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

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
		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 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)
学歴	大学院			
	大 学			
	短 大			
	専門学校			
	高 校			
部活・サークル			趣 味	
1. 自分の性格				
2. 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				
3. 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 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>				
4. 希望給与額 (月収・年収どちらでも構いません)				
5. 備考				

令和2年度 函館市病院局 一般事務（経験者）採用 職務経歴書

注意：※欄の項目は記載しないこと。

フリガナ					※受験番号
氏名					※
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	年齢 (令和2年4月1日現在) 歳
職務経歴 経歴に空白が無いように記載すること	在職期間	勤務先（雇用形態）		職務・活動内容、役職など	受験資格 該当年数
	自H・R 年 月 至H・R 年 月				年 月
	自H・R 年 月 至H・R 年 月				年 月
	自H・R 年 月 至H・R 年 月				年 月
	自H・R 年 月 至H・R 年 月				年 月
	自H・R 年 月 至H・R 年 月				年 月
	自H・R 年 月 至H・R 年 月				年 月
	自H・R 年 月 至H・R 年 月				年 月
	自H・R 年 月 至H・R 年 月				年 月
	受験資格該当年数（通算）				
※ 経歴に空白期間がないように記載してください（無職も記載してください）。 ※ 職務・活動内容については、簡潔にご記載ください。 ※ 枠が足りない場合は、別紙にご記載ください。（書式自由）					
受験資格確認 ・署名欄	※下欄の内容を確認のうえ、署名してください。 受験資格に該当しない場合や、職歴に虚偽が認められた場合は、受験は認められません。 また合格になった場合でも、合格を取り消します。				
	私は、函館市病院局職員採用試験に応募いたします。 上記職歴により受験資格を満たしており、また申込書の記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 函館市公営企業管理者 病院局長 様 署名 _____ 印 （必ず本人が署名・捺印してください）				

函館市病院局職員採用試験エントリーシート

注意：※欄の項目は記載しないこと。

(フリガナ)	※ (受験番号)
(氏 名)	
職業として病院職員を選択した理由と、函館市病院局職員を志望する動機を教えてください。	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
あなたを採用することで、函館市病院局および各病院のメリットを教えてください。	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
医療業界に対してどのようなイメージをお持ちですか。またそれはなぜですか。	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
現在の函館市病院局の経営状況を、どのようにお考えですか。	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
医療に関わる、気になるニュースを1つ挙げ、それに対するあなたの考えを教えてください。	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

※枠内に収まるように、記載してください。枠外ならびに別紙への記載は認めません。