

# 令和6年度（2024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6年1月29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

募集職種	採用人数	受験資格（資格要件）	従事業務
診療情報管理士	若干名	診療情報管理士の資格所有者または、令和6年4月までに資格取得見込の方	診療情報管理業務を行います。

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

函館市病院局（市立函館病院、市立函館恵山病院、市立函館南茅部病院、函館病院高等看護学院）

## 3 試験方法および内容

募集職種	方法	内容
診療情報管理士	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
受験者と相談のうえ調整します。	市立函館病院 (函館市港町1丁目10-1)	合格者には郵送により通知します。

※ 詳細は受験票にてお知らせします。

※ 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 診療情報管理士の認定証の写し（資格取得者は必須） 4 返信用封筒 （長形3号封筒（120mm×235mm）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	<u>令和6年1月29日（月）～令和6年2月16日（金）</u> 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 給 与

募集職種	給料	手当等	その他
診療情報管理士	167,200円 ～225,500円	通勤手当，期末手当，勤勉 手当，時間外手当および退職 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。

※ 期末手当は勤続期間に応じて支給されます。

※ 退職手当についてはフルタイム勤務者であり、かつ勤続期間等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 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
- 3 そ の 他 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、令和6年4月1日から令和7年3月31日までの1会計年度内です。なお、次年度以降も同一の職（業務）が設置される場合には、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。
- 4 試験に合格された場合でも、採用日までに資格要件にある資格を取得できない場合は、採用いたしません。

### 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6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 年 月 日 印	診療情報管理士	

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 <small>(帰省地等の連絡先がある場合記入)</small>	〒 _____	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 <small>裏面に記入 4つ以上ある場合は</small>	勤 務 先	所 在 地	在職期間	職務内容
	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 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うい, 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。

自		至		職 歴  (職歴が4つ以上あり、表面に記載しきれなかった場合に記入) ※上から新しい順で記載すること。書ききれないものは記載不要。
年	月	年	月	
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
昭・平・令		昭・平・令		【業務内容： 】
その他特記事項				

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 [ ]										
5. 備考										