

令和 7 年度 函館市病院局職員採用試験案内

令和 6 年 7 月 16 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

試験区分	採用人数	従事業務
一般事務 (大学卒以上)	若干名	総務、経理、調度、情報処理、医事、医療連携、院内システムに関する運用管理等の分野において、事務業務等に従事します。

○ 受験資格

試験区分	年齢要件	受験資格
一般事務 (大学卒以上)	平成 7 年 4 月 2 日以降 に出生した方	学校教育法による大学またはこれらに相当すると認められる学校等を卒業した方、もしくは令和 7 年 3 月までに卒業見込みの方。

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	住所
市立函館病院	北海道函館市港町 1 丁目 10 番 1 号

※ 採用後、函館市病院局内（市立函館恵山病院、市立函館南茅部病院等）にて異動することがあります。

3 試験方法および内容

試験区分	第 1 次試験	第 2 次試験
一般事務 (大学卒以上)	教養試験*および適性検査 ※公務員として必要な一般知識および知能に 関しての択一式による筆記試験	個別面接

※ 試験内容については、お答えできませんので、問い合わせはご遠慮ください。

※ 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。

4 試験日時および合格発表

試験区分	日 時	試験場所	合格発表
一般事務 (大学卒以上)	第1次試験：9月7日(土) 第2次試験：合格者へ通知します	市立函館病院 〒041-8680 北海道函館市港町1丁目 10番1号	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。

※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 エントリーシート 3 成績証明書(最終学歴を有する教育機関の発行したもの) 4 卒業証明書または卒業見込証明書 5 返信用封筒(のりつき長形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>返却いたしません</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。 ※必要書類に記入漏れ等の不備がある場合は受付できませんので、ご注意ください。 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 電話：0138-43-2000(内線4298)
受付期間	<u>令和6年7月16日(火) ～ 令和6年8月16日(金)</u> ※ 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・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、この中から任命権者(病院局長)によって採用者が順次決定されます。

なお、この名簿は、令和7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。(原則として、4月1日付採用となりますので、4月1日から勤務できることを条件とします。)

採用候補者名簿に登録された場合でも、令和7年3月31日までに受験資格にある学校等を卒業できない場合や、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	大 学 卒	196,200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。

金額は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）

電話：0138-43-2000（内線4298）

ホームページ <https://www.kanbyou.jp/recruit/>

上記ホームページから、応募書類をダウンロードできます。

令和7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 撮 影

受付年月日		職 種	受験番号
令和6年 月 日	印	一般事務 (大学卒以上)	

ふりがな			性別	男・女
氏 名				
生年月日	平成 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。

函館市病院局職員採用試験エントリーシート

(フリガナ)		※ (受験番号)	
(氏 名)			
学 歴		卒業年月	趣味・特技・部活 (サークル)
大学院		H・R 年 月	
大 学		H・R 年 月	
短 大 (専門学校)		H・R 年 月	
高 校		H・R 年 月	
在職期間	勤務先 (雇用形態)	職務・活動内容・役職など	
H・R 年 月～ 年 月			
H・R 年 月～ 年 月			
H・R 年 月～ 年 月			
H・R 年 月～ 年 月			
函館市病院局職員を志望する動機と、取り組んでみたい仕事、またその理由を教えてください。			
学生生活で力を入れて勉強したことを教えてください。(専攻分野を含め、ご記入ください)			
失敗体験とそこから学んだことを教えてください			
現在の就職活動状況をお聞かせください。(民間企業やほかの公共団体の受験先等)			
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 (回答内容により,採否決定に影響はありません) 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) ・ 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) 			
※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。			