

令和 6 年度採用 函館市病院局会計年度任用職員 採用試験案内

募 集 職 種 : 臨床検査技師（育児休業等代替）
申込受付期間 : 随 時
採用試験日時 : 応募者と相談のうえ実施
採用試験場所 : 函館市病院局管理部庶務課（市立函館病院内）

1. 募集内容について

募集職種	臨床検査技師（育児休業等代替）
雇用形態	函館市病院局会計年度任用職員（フルタイム）
採用人数	1 名
勤務時間	8 時 30 分～17 時 15 分（休憩 1 時間）
採用予定日	令和 6 年 1 2 月 1 日以降
勤務場所	市立函館病院
業務上必要な経験等	臨床検査技師免許
業務内容	検査部門に所属し、臨床検査等の業務に従事します
備 考	・次の方は受験できません。 地方公務員法第 1 6 条に規定される、下記のいずれかに該当する方 ①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 ②函館市職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から 2 年経過しない者 ③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. 採用試験および合格発表について

試験日時	応募者と相談のうえ実施
試験場所	市立函館病院（函館市港町 1 丁目 10 番 1 号）
試験内容	個別面接試験による人物評価
合格発表	採用試験の可否については、郵送により通知
備 考	・試験の詳細については、受験票を送付する際に試験案内を同封します。 ・試験内容については、お答えできません。 ・後日、合格者には健康診断書を提出していただきます。

3. 申込方法および受付期間について

必要書類	・採用試験申込書 ・面接カード ・返信用封筒 （長形 3 号封筒（120mm×235mm）に切手を貼り，送付先を記入したもの）
申込方法	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
提出先	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
受付期間	随 時 持参の場合の受付時間は， 8 時 3 0 分～17 時 15 分（土日祝を除く）

4. 給与等について

給 与	月 収：171,600 円～229,900 円（時給換算 1,107 円～1,483 円） （実労働時間 7.75 時間） ＜月収の内訳＞ 給 料：167,200円～225,500円（※週 5 日勤務の場合） 通勤手当：2,000円～55,000円（片道2km未満または徒歩通勤は支給なし） 時間外手当：実績に応じて支給 医療従事者処遇改善手当：4,400 円 ※上記のほか下記手当が支給されます。 期末・勤勉手当：年 4.5 月分（在職期間等によって変動） 退職手当：採用から 6 ヶ月以降適用，勤続年数に応じて支給
各種保険	健康保険，厚生年金保険，雇用保険，労災保険
休 日	完全週休 2 日制（土曜日，日曜日，祝日）
休 暇	年次有給休暇あり（付与日数は採用月により決定） 特別休暇あり（子の看護休暇，介護休暇，夏季休暇，病気療養休暇等）
備 考	・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決定します。 ・給与の見直しおよび勤務時間に伴い，給与の金額は変更となる場合があります。

5. そ の 他

- ・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。
- ・必要書類に不備があった場合は，申込受付をしないので注意してください。
- ・育児休業等を取得する職員の代替となるため，任用期間は，基本的に職員の育児休業等の期間となり，令和 6 年度における任用期間は，最長で令和 7 年 3 月 3 1 日となります。
- ・職員の産前・産後休暇，育児休業の期間は概ね 1 年以上 3 年未満となりますが，任用は産前・産後

- 休暇、育児休業に応じたものとなり、その期間は、任用期間中においても変更となる場合があります。
- ・同一年度中に産前・産後休暇の期間が終了し、その職員が引き続き育児休業に入る場合には、人事評価等の能力の実証を踏まえた上で、その年度内における任用期間を更新する場合があります。
 - ・その職員の育児休業等の期間が複数年度にまたがる場合には、人事評価等の能力の実証を踏まえた上で、次の年度において再度の任用を行う場合があります。
 - ・職員の取得する育児休業等の期間が変更となった場合、任用期間が短縮又は延長となることをあらかじめご了承ください。この場合には事前に短縮又は延長となる旨をご連絡いたします。
 - ・パートタイム勤務希望の方は、採用試験時にご相談ください。

6. 問い合わせ先

函館市病院局管理部庶務課人事担当

住 所：〒041-8680 北海道函館市港町1丁目10番1号

電話番号：0138-43-2000（内線 4298）

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

上記ホームページから、応募書類のダウンロードができます。

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	臨床検査技師 (育児休業等代替)	

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
				年 月から 年 月まで	卒・修了・ 卒見込

☐就業したことがない ☒つける

職 歴 ※4つ以上ある場合は裏面に記入	勤 務 先	所 在 地	在職期間	職務内容(具体的な内容を記入)
	現在(最終)		年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	

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)
		年 月		年 月
		年 月		年 月

備考	※パートタイム勤務を希望する方は、勤務可能な時間等を記載してください。
----	-------------------------------------

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]

- 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。
- 太枠内をもれなく記入してください。
- 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。
- 住居を変更した場合はすぐに通知してください。
- 身体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。

裏面（任意）

※該当のない方は、以下すべて記入不要

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						
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						