

令和 7 年度採用 函館市病院局職員 採用試験案内

募 集 職 種 : 診療放射線技師
申込受付期間 : 令和 7 年 5 月 1 日 (木) ~ 令和 7 年 5 月 3 0 日 (金)
採用試験日時 : 令和 7 年 6 月中旬予定
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	診療放射線技師
雇用形態	函館市病院局職員 (正職員)
採用人数	若干名
勤務時間	【日勤】 8 時 3 0 分 ~ 1 7 時 1 5 分 (休憩 6 0 分) 【日準勤】 8 時 3 0 分 ~ 翌 1 時 4 5 分 (休憩 105 分) 【夜勤】 16 時 3 0 分 ~ 翌 9 時 00 分 (休憩 6 0 分)
採用予定日	相談のうえ決定
勤務場所	市立函館病院 (北海道函館市港町 1 丁目 1 0 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。
受験資格	以下二つの条件を満たす者。 ・昭和 4 0 年 4 月 2 日以降に生まれた方。 ・診療放射線技師免許を所有の方。
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函館市病院局職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から 2 年経過しない方 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	令和 7 年 6 月中旬予定
試験場所	市立函館病院 (北海道函館市港町 1 丁目 1 0 番 1 号)
試験内容	・マークシート式による適性検査 ・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、最終合格者には健康診断書を提出いただきます。

3. 申込方法および受付期間について

必要書類	・函館市病院局職員採用試験申込書 ・面接カード ・試験区分の免許証の写し ・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） ・卒業証明書（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） ・返信用封筒 （長形3号封筒（120mm×235mm）に110円切手を貼り、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	令和7年5月1日（木）～令和7年5月30日（金）必着 持参の場合の受付時間は、8時30分～17時15分（土日祝を除く）

4. 給与、諸手当等について

給 料	大学卒：227,400円 短大卒（3年制）：220,100円
諸 手 当	通勤手当：月2,000円～55,000円（片道2km 未満または徒歩通勤は支給なし） 期末・勤勉手当：年4.6月分（在職期間等によって変動） 時間外手当：実績に応じて支給 扶養手当、住居手当：該当がある場合支給 寒冷地手当：支給有（世帯構成によって金額が決定） 医療従事者処遇改善手当：月4,400円 退職手当：採用から6ヶ月以降適用、勤務年数等に応じて支給
各種保険	健康保険，年金保険，公務災害
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） 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
休 暇	年次有給休暇（付与日数は採用月により決定） 特別休暇（子の看護等休暇，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

・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。

・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。

・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。

・申込み時の提出書類等は一切返却いたしません。

・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。

・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。

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 ㎜ × 横 30 ㎜		
令和 年 月 日 撮	年	月 影

受付年月日		職 種	勤務箇所	受験番号
令和7年 月 日	印	診療放射線技師	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	
			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、かい書でて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 						
5. 備考						