

## 令和 8 年度採用 函館市病院局職員 採用試験案内

募 集 職 種 : 電気技術（経験者）  
 申込受付期間 : 令和 7 年 1 2 月 1 2 日（金） ～ 令和 8 年 1 月 1 6 日（金）  
 採用試験日時 : 令和 8 年 1 月 3 0 日（金）  
 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	電気技術（経験者）
従事業務	函館市病院局の各施設における電気設備の設備計画や営繕業務および自家発電等の整備や管理等業務など、電気に関する専門技術およびこれらに付随する事務業務
雇用形態	函館市病院局職員（正職員）
採用人数	1 名
勤務時間	8 時 3 0 分～1 7 時 1 5 分（休憩 6 0 分）
採用予定日	令和 8 年 4 月 1 日
勤務場所	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。
年齢要件	昭和 5 1 年 4 月 2 日以降に生まれた方
応募資格 必要経験	以下のいずれかを満たす方 ・ 1 級または 2 級電気工事施工管理技士の資格を有し，自家用電気工作物の工事において施工管理，設計監理または施行監督として通算 3 年以上の経験がある方 ・ 第 3 種電気主任技術者の資格を有する方
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拘禁刑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	令和8年1月30日（金）
試験場所	市立函館病院（北海道函館市港町1丁目10番1号）
試験内容	マークシート式による適性検査および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	・函館市病院局職員採用試験申込書 ・面接カード ・職務経歴書 ・自己推薦書 ・卒業証明書（最終学歴を有する教育機関の発行したもの） ・資格を証する書類 ・返信用封筒 （長形3号封筒（120mm×235mm）に <b>110円切手</b> 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12月12日（金）～令和8年1月16日（金） <b>必着</b> 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） ※令和7年12月29日（月）から令和8年1月4日（日）までは年末年始の休日のため、受付できませんのでご了承ください。

## 4. 自己推薦書記入要領

### I 経歴

- ① 職務経験等の期間（課長、係長、担当者等）を記入すること
- ② あなたの業務における実績や成果、経験等の内容を簡潔に書くこと。職務経験に係る勤務先や職種を併せて明記すること。  
※該当する経歴が複数ある場合は最もアピールできる内容を2つ記載すること。

### II 自己アピール

次の内容に沿って、記載すること。

- ① 当該職種における職務経験において、どのような実績、成果または結果を収め、その過程や結果からどのような能力が身についたかを、400字以内で記載すること。
- ② あなたを採用することで、函館市病院局にどのようなメリットがあるかを600字以内で記載すること。

## 5. 給与、諸手当等について

給 料	大学卒：220,000円 短大卒：204,400円 高校卒：188,000円 ※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。
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） 退職手当：採用から 6 か月以降適用、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	完全週休 2 日制（土曜日，日曜日，祝日）
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。

## 6. 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 8 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。

## 7. 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 8 年度 函館市病院局職員採用試験申込書

<div>写 真</div> <div>※ 6 か月以内に撮影した正面, 無帽, 無背景の写真 縦 40 ミリ × 横 30 ミリ</div> <div>令和 年 月 撮 影</div>	受付年月日		職 種		受験番号		
	令和 年 月 日	印	電気技術 (経験者)				
		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	
				昭・平 年 月から 昭・平 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)
			昭・平・令 年 月				昭・平・令 年 月
			昭・平・令 年 月				昭・平・令 年 月
			昭・平・令 年 月				昭・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)	
		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 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>						
5. 備考						

令和8年度 函館市病院局 電気技術（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	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	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				受験資格 該当年数  年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
	自S・H・R 年 月 至S・H・R 年 月				年 月	
受験資格該当年数（通算）				年 月		
※ 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	※ <u>下欄の内容を確認のうえ，署名してください。</u> 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  <div>署名 _____ 印</div> <div>(必ず本人が署名・捺印してください)</div>					



