

令和 8 年度採用 函館市病院局任期付職員 採用試験案内

募 集 職 種 : 医師（診療指導顧問）
申込受付期間 : 令和 8 年 1 月 7 日（水）～令和 8 年 1 月 14 日（水）
採用試験日時 : 受験者と相談のうえ決定
採用試験場所 : 市立函館病院

1. 募集内容について

募集職種	医師（診療指導顧問）
雇用形態	函館市病院局職員（任期付職員） ※地方公共団体の一般職の任期付職員の採用に関する法律第 3 条第 2 項に規定する任期付職員
従事業務	市立函館病院の診療指導顧問（部長級）として、主に放射線分野の医師および診療放射線技師の指導および統括業務、医療放射線安全管理に関する業務
採用人数	1 名
採用予定日	令和 8 年 4 月 1 日
任用予定期間	採用日から 5 年の範囲内（1 年ごとの更新）
勤務時間	8 時 3 0 分～17 時 0 0 分（休憩 4 5 分）
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）
受験資格	以下二つの条件を満たす者 ・昭和 3 0 年 4 月 2 日以降に生まれた方 ・医師免許の所有者で、免許取得後概ね 3 5 年以上の臨床経験を有する方 ・放射線診断専門医の認定を受けている方
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

試験日時	受検者と相談のうえ決定
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	書類審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、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	・函館市病院局任期付職員採用試験申込書 ・医師免許証の写し ・学会等の活動状況 （任意様式で、所属学会および指導医・認定医・専門医等の有無）
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8年1月7日（水）～令和8年1月14日（水） ※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

概算年収	1,600万円程度（医師免許取得後35年目程度を想定）
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	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	・給料は医師免許取得年数により決定します。 ・年収額には初任給調整手当，地域手当，期末手当，勤勉手当，地域医療手当が含まれています。 ・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。

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8年度 函館市病院局任期付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 年 月 日	印	医師（診療指導顧問）	

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	
----	--

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
年	月	年	月	（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。
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				