

令和8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 : 歯科衛生士
申込受付期間 : 令和8年2月16日(月)～令和8年3月5日(木)
採用試験日時 : 令和8年3月13日(金) 10時00分
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	歯科衛生士
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60分)
採用予定日	令和8年4月1日以降
勤務場所	市立函館病院
資格要件等	歯科衛生士
業務内容	院内での歯科衛生士業務全般(入院患者さんの口腔ケア, 外来診療補助, 診療器具の滅菌・消毒など)
備考	<p>・次の方は受験できません。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>・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。)</p> <p>・パートタイム勤務希望の場合は, 採用試験時に可能な勤務時間をご相談ください。</p>

2. 採用試験および合格発表について

試験日時	令和8年3月13日(金) 10時00分
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	<p>・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。</p> <p>・試験内容については, お答えできません。</p> <p>・後日, 合格者には健康診断書を提出していただきます。</p>

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号封筒に110円切手を貼り、送付先を記入したもの） ・資格要件の免許証の写し
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2月16日（月）～令和8年3月5日（木） 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. 給与等について

給 与	月 収：193,000円～234,400円（時給換算1,216円～1,483円） <月収の内訳> 給 料：188,600円～230,000円 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。 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 期末・勤勉手当：年4.6月分（在職期間等によって変動） 退職手当：採用から6ヶ月後以降適用、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（付与日数は採用月により決定） 特別休暇（夏季休暇，子の看護等休暇，介護休暇，病氣療養休暇等）
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。
- ・任用期間は、原則採用日（令和8年4月1日以降）から令和9年3月31日までの1会計年度内です。なお、次年度以降も同一の職（業務）が設置される場合には、勤務実績等に基づく人事評価により、再度の任用を行う場合があります。

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	歯科衛生士	

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

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。

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					