令和９年度採用　函館市病院局職員　採用試験案内

募 集 職 種　：　治験コーディネーター

申込受付期間　：　令和８年１１月９日（月）～令和８年１１月２０日（金）

採用試験日時　：　受験者と相談のうえ決定

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	治験コーディネーター
雇用形態	函館市病院局職員
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９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。
受験資格	以下の２つの条件を満たす方。 ・昭和４２年４月２日以降に生まれた方。 ・治験コーディネーターとしての勤務経験を有する方，または看護師免許，薬剤師免許，臨床検査技師免許，管理栄養士免許，臨床工学技士免許，歯科衛生士免許等の医療資格を有する方。
備　　考	・次の方は受験できません。 地方公務員法第１６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	受験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	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	採用試験の合否については，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 ・医療資格免許証の写し ・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） ・卒業証明書または卒業見込証明書 （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８年１１月９日（月）～令和８年１１月２０日（金） 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	短大３卒：232,500 円　　大学卒：239,800 円 （※免許取得後の勤務経験が１０年間あった場合の給料） 短大３卒：275,000 円　　大学卒：278,000 円
諸 手 当	通勤手当　　：2,000 円～66,400 円 （※片道 2km 未満または徒歩通勤は支給なし） 駐車場等の利用に係る手当：5,000 円を上限に支給 （※自動車等の通勤手当が支給されている場合に限る） 期末・勤勉手当　　：年 4.65 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 医療従事者処遇改善手当　：月 4,400 円 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，採用となった日以降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９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 ㍉×横 30 ㍉
令和　年　月 撮　影

受付年月日		職　種	勤務箇所	受験番号
令和　年 月　日	印	治験 コーディネーター	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

	学　校　名	学部・学科名等	所在地 (町村まで)	期　　間	○で囲む
最終学歴				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用い，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