



平成30年度

横手市職員採用試験案内

(薬剤師・随時)

試験日	後日連絡いたします。
受付期間	平成30年4月2日(月)～
試験会場	市立横手病院4階会議室

問い合わせ・受験申込等

〒013-8602 秋田県横手市根岸町5番31号

市立横手病院 総務課 総務係

TEL 0182-32-5001(内線472,473)

<http://www.yokote-mhp.jp/>

募集概要

I. 試験区分・採用予定人員

薬剤師 1名

II. 受験資格

昭和53年4月2日以降に生まれた人で、次の条件を満たす人

- a) 通勤に支障のない範囲に居住できる人
- b) 薬剤師の免許を有する人、または平成31年3月までに実施される国家試験により免許取得見込みの人

次のいずれかに該当する方は、受験できません

- イ) 日本国籍を有しない方
- ロ) 成年被後見人若しくは被保佐人
- ハ) 禁固以上の刑に処せられ、その執行が終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの方

受験手続き

1 提出書類

- a) 申込書
- b) 自己紹介(1)(2) ※ 自己紹介も選考の対象となります。
- c) 受験票
受験票に自己紹介(1)に貼ったものと同じ写真を貼って下さい。
- d) 免許証写
- e) 受験票返信用封筒
返信用封筒(長3)に宛先を記入し、92円切手を貼って下さい。
- f) 健康診断書
健康診断は最寄の病院で行っていただいて結構ですが、結果につきましては同封の健康診断書にて提出して下さい。
なお、受付期間までに提出できない場合は、試験当日に持参してください。

2 受付期間

平成30年4月2日(月)～

- ・ 平日 午前9時 ～ 午後5時

試験の日時・場所及び合格者の発表

1 試験日

- I.日程 後日連絡いたします。
- a)教養試験
 - b)論文試験
 - c)適性試験
 - d)面接試験
- II.試験会場 市立横手病院4階会議室
- III.受付時間 後日連絡いたします。
- IV.受付場所 市立横手病院4階会議室
- V.持参する物 受験票、筆記用具

2 合格者の発表日

試験当日会場において連絡します。

3 合格してから採用まで

合格者は今年度中に採用となり勤務していただくこととなります。勤務開始時期については、相談のうえ決定することとなります。

なお、6か月間は条件付採用期間で、この期間を良好に勤務した後に正式採用となります。

勤務条件等

1 給与

給与は「横手市病院事業職員の給与の種類及び基準に関する条例」及び「横手市病院事業職員の給与に関する規程」等に基づき支給します。

なお、平成30年4月1日現在の初任給(新規学卒者の場合)は次のとおりです。

区分	給料月額	業務手当
大卒	209,358	30,000

◎当該免許取得者の初任給については、職務経歴等の経験年数により加算されます。

◎夜間看護手当、夜間勤務手当、時間外勤務手当等については実働に応じて支給。

◎このほか、期末・勤勉手当(平成30年度実績で4.25月)、扶養手当、住居手当、通勤手当等は支給要件に応じて支給。

※詳細については、総務係までお問い合わせください。

受験票

以下の注意事項を良く読み、切り取り線にそって切り取り、「申込書」、「自己紹介(1)・(2)」、とともに提出してください。

注意事項

- ・自己紹介(1)に貼ったものと同じ写真を貼ってください。

平成30年度 横手市職員採用試験	
受 験 票	
試験日	平成 年 月 日()
受付	
試験場	市立横手病院 4階会議室1
持参品	受験票、筆記用具 (健康診断書)
<div data-bbox="874 1310 1099 1606" style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">写 真 欄 40mm×30mm</div>	

切り取り線

横手市職員採用試験申込書

横手市職員採用試験を受験いたしたいので、関係書類を添えて申し込いたします。

医 療 職	* 受験番号			
薬 剤 師 (随 時)				

ふりがな	
氏 名	印
生 年 月 日	

現住所 〒	
TEL ()	方
試験当日の連絡先 〒	※帰省先等確実に連絡が取れる場所
TEL ()	方

《記入心得》

☆この申込書には黒インクか黒のボールペンで必要事項を記入して下さい。

☆*印欄には記入しないで下さい。

写真をはる位置

- 縦40mm
横30mm
- 本人単身胸から上
- 裏面のりづけ

*受験番号

自己紹介(1)

横手市

平成 年 月 日現在

ふりがな				記入心得	1 この調書は必ず自分で記入して下さい。 2 記入する前に一度内容を通読して下さい。 3 この調書の①から④まではあなた自身のことについてそれぞれ記入することになっています。 4 各欄の※は記入上の注意事項ですからよく読んで下さい。 5 黒インク又は黒のボールペンでいねいに記入して下さい。 6 □のついている項目は、該当する□の中にレ印を入れて下さい。 7 数字は1,2,3,・・・を用いて下さい。 8 誤って記入した場合は二本の横線でまっ消し訂正印を押して下さい。 9 この調書が完全に記入されているかどうかもう一度確認して下さい。
①氏名					
②生年月日					
③性別 年齢 血液型	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (歳)	型			
④ふりがな 現住所					
⑤学歴	※ 小学校から最終の学校(養成所等を含む。)まで、そのすべてを正確に記入して下さい。				
在学期間	学 校 名	学部科名	所在地	修業年限	卒業 中退の別
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒見込
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒見込
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒見込
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒見込
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒見込
⑥資格免許等	※ 各種の検定試験資格試験の合格又は、各種免許取得等の事実があればそのすべてを正確に記入して下さい。				
試験合格又は 免許下附年月日	試験又は免許の名称	所轄している機関名			
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
⑦職歴	※ あなたが学校を卒業してから現在までについて一切の職業(家業等を含む。)を一つ一つ年代順にくわしく記入して下さい。また職についていない期間も明記して空白期間がないように記入して下さい。				
在職期間	勤 務 先	所在地	地位又は職務内容	月 収	退職理由
自 年 月 日 至 年 月 日					
自 年 月 日 至 年 月 日					
自 年 月 日 至 年 月 日					
自 年 月 日 至 年 月 日					

⑧ 志望動機（詳しく記入してください）

⑨ 得意学科名

⑩ 趣味・余暇活動

⑪ 自分の特徴（長所・短所等）

⑫ 最近関心を持った事柄

⑬ 身体状況 ※ あなたの身体状況を良心にしながら正確に記入して下さい。

頑健 健康 やや不健康 不健康 既応症 ある ある場合 病名（ ）
 ない 治療年月日（ ）

⑭ 自己PR

○ 別葉[自己紹介(2)]A4判に次のポイントについて積極的に自己PRして下さい。

- ・ 学生生活・社会生活での諸活動
- ・ 自己の優れた才能・特技
- ・ 他の人と比べて違うと思われる経験・能力
- ・ 用紙の使い方、書き方は自由です。写真や図を書いても結構です。

上記の事項は、私が良心に従って記入したもので、真実かつ正確であること誓います。

万一この記入した事項が真実と相違し、正確を欠くものであることが採用後において判明したときは私は採用を取り消されても異存がありません。

平成 年 月 日

氏 名

印


自己紹介 (2)

* 受験番号				

氏名	
----	--

--

健康診断書

住所								
氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 年 月 日 () 歳 平成			
既往歴		血液検査	赤血球	$\times 10^6/\mu l$	肝機能	AST(GOT)	IU/l	
			白血球	$\times 10^3/\mu l$	機	ALT(GPT)	IU/l	
自覚・他覚症状		検査	血色素量	g/dl	能	γ -GTP	IU/l	
			ヘマトクリット	%	脂質	中性脂肪	mg/dl	
身長	cm	腹囲	cm	血糖検査		mg/dl	HDLコレステロール	mg/dl
体重	kg	BMI		尿	蛋白質	()	LDLコレステロール	mg/dl
視力 右	()	左	()	糖	()	腎機能	クレアチニン	mg/dl
血圧	-	mm/Hg				能	eGFR	
胸部X線検査 撮影日 		HBs抗原			HBs抗体			
		HCV抗体			結核IGRA			
心電図 所見		異常 (なし・あり)			測定法	数値	判定	
				流行性耳下腺	EIA		陽性・陰性	
				風疹	EIA		陽性・陰性	
				麻疹	EIA		陽性・陰性	
聴力		右	左	水痘	EIA		陽性・陰性	
	1000Hz			備考				
4000Hz								

(総合判定) 1.異常なし 2.経過観察 3.要精査 4.要治療

平成 年 月 日 所在地: _____

医療機関名: _____

医師 _____ (印)