



横 手 市

市立横手病院

令和6年度
随時採用

看護職員募集案内



基本理念

地域の人々に信頼される病院を目指します
安心できる良質な医療の提供
心ふれあう人間味豊かな対応

病院概要

● 病床数229床（一般225床・感染症4床）

● 一日平均外来患者数 537人

一日平均入院患者数 142人 ※R4年度実績

● 診療科 16科

内科、心療内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内分泌内科、神経内科、血液腎臓内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科、眼科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科

● 基幹指定

救急告示病院

臨床研修病院指定施設

D P C 対象病院

日本医療機能評価機構認定病院

看護科概要

● 看護科理念

理念 1.人間愛に基づいた患者様中心の看護を提供します。

2.地域の人々と信頼関係の築ける看護を提供します。

方針 1.専門性を高め、質の高い看護の提供とやりがいの感じられる看護を提供します。

2.病院の健全経営に積極的に参加します。

● 看護方式 固定チームナーシング

● 看護職員配置 7：1看護

● 認定看護師 感染管理、皮膚・排泄ケア

※認定看護師取得のための補助制度有

募集概要

1 試験区分・採用予定人員 看護師（正職員） 5名程度

2 採用時期 要相談となります。

3 受験資格

昭和57年4月2日以降に生まれた方で、次の条件を満たす方

- ・通勤に支障のない範囲に居住できる方
- ・看護師の免許を有する方
- ・保険医療機関での勤務経験を2年以上有する方

次のいずれかに該当する方は、受験できません

- ・日本国籍を有しない方
- ・地方公務員法第16条の規定に該当する方

※「横手市病院事業」である「市立大森病院」との併願はできません。また同一年度に市立横手病院の職員採用試験を受験した方も受験できません。

受験手続き

1 提出書類

（応募書類については、ホームページよりダウンロードしてください。）

- ①申込書
- ②自己紹介（1）（2） ※ 自己紹介も選考の対象となります。
- ③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。
- ④免許証写
- ⑤受験票返信用封筒
返信用封筒（長3）に宛先を記入し、94円切手を貼って下さい。
- ⑥健康診断書

健康診断は最寄の病院で行っていただいても結構ですが、添付の健康診断書様式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

平日随時受付いたします。

3 提出先

013-8602 秋田県横手市根岸町5-31

市立横手病院 総務課総務係

TEL 0182-32-5001 FAX 0182-36-1782

E-mail yokotehp@yokote-mhp.jp

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

試験の日時・場所及び合格者の発表

試験日

①日程 後日連絡いたします。

a) 論文試験 45分 b) 適性試験 50分 C) 面接 15分程度

②試験会場 後日連絡いたします。

③試験時間 後日連絡いたします。

④持参する物 受験票、筆記用具

合格者の発表日

試験当日会場において連絡します。

合格してから採用まで

合格者は採用候補者名簿に登載され、その中から採用者が決定されます。

この名簿からの採用は、要相談となります。なお、6ヵ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・福利厚生等

勤務時間：週38時間45分 1日7時間45分

休日：週休二日制・祝日・年末年始（12/29～1/3）※休日は勤務表による

病棟	勤務時間	外来	勤務時間	透析	勤務時間
日勤	8:30～17:15	日勤	8:30～17:15	日勤	8:30～17:15
準夜	16:30～ 1:15	夜勤	16:30～ 9:00	夜勤	15:15～ 0:00
深夜	0:30～ 9:15				

	区 分	給 料	業務手当
初任給 (新卒)	大卒	232,127円	17,800円
	短大・専門学校卒（3年課程）	227,098円	17,800円
	諸手当 通勤手当、住居手当（上限27,000円）、扶養手当、寒冷地手当（11月～3月）、期末勤勉手当（4.45月:R05年度実績）等		
(実績払)	時間外勤務手当、夜間看護手当、夜勤手当等		
年次有給休暇	採用年は15日 翌年から20日付与（繰越しと合わせ最大40日）		
特別休暇	夏季（3日）、冬季（2日）、結婚（7日）、子の看護（6日）、産前産後（前8週・後8週）、慶弔等		
保険・年金	秋田県市町村共済組合・共済年金		
退職金	6ヶ月以上勤務した場合支給（金額は勤務年数に応じて変動）		
その他	ナース服・シューズ貸与、提携ホテル割引券（2,000円×4枚）		

夏:盆踊り



秋:病院祭



冬:クリスマスコンサート



春:桜



アクセスマップ



お問合せ先 市立横手病院 総務課総務係
住所 〒013-8602 秋田県横手市根岸町5-31
TEL 0182-32-5001 FAX 0182-36-1782
E-mail yokotehp@yokote-mhp.jp

市立横手病院

検索

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込いたします。

医 療 職	* 受験番号				
看護師(随時)					

ふ り が な	
氏 名	
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。

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。

令和6年度 横手市職員採用試験	
受	験 票
試験日 受付 試験場 持参品	受験票、筆記用具 (健康診断書)
写 真 欄 40mm×30mm	

切り取り線

写真をはる位置

1. 縦40mm
横30mm

2. 本人単身胸から
上

3. 裏面のりづけ

* 受験番号

自己紹介 (1)

横手市

令和 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⑭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	□男 □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た一切の職業（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 の 状況 ※ あなたの身体 の 状況を良心にしたがって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 病名（ ）
☐ ない ある場合 治療年月日（ ）

⑭ 自己 P R

- 別葉[自己紹介(2)]A 4 判に次のポイントについて積極的に自己 P R 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。

令和 年 月 日

氏 名

(別紙)

[illegible]

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	$\times 10^6/\mu\text{L}$		肝機能	AST (GOT)	U/L		
				白 血 球	$\times 10^3/\mu\text{L}$			ALT (GPT)	U/L		
自覚・他覚症状				血色素量	g/dL			脂質	γ -GTP	U/L	
				ヘマトクリット	%		中性脂肪		mg/dL		
身長		cm	腹 囲		cm		血糖検査	mg/dL			
体重		kg	BMI					HDLコレステロール	mg/dL		
視力 右		()	左		()			LDLコレステロール	mg/dL		
血 圧		-		mm/Hg		尿	糖	()	腎機能	クレアチニン	mg/dL
胸部X線検査 		年 月 日 撮影		HBs抗原			HBs抗体				
				HCV抗体			結核IGRA				
						測定法	数値	判定			
				抗体価	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								
水痘	EIA		陽性・陰性								
聴 力		右	左	備考							
	1000Hz										
	4000Hz										
(総合判定) 1.異常なし 2.経過観察 3.要精査 4.要治療											
令和 年 月 日 所在地:											
医療機関名:											
医師 (印)											