



横手市

# 市立横手病院

令和6年度  
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 557人  
一日平均入院患者数 148人 ※R3年度実績
- 診療科 17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  
頭痛・脳神経内科、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



# 新人看護師への支援体制

## 一年の流れ

## 一日の流れ

- 4月 オリエンテーション  
就業規則  
医療安全・感染管理  
電子カルテ操作研修  
看護基礎技術
- 5月 輸血療法・ポンプ・看護技術  
AED研修  
準夜・深夜業務体験
- 6月 BLS心電図モニター研修  
エンゼルケア研修  
3カ月評価
- 7月 感染管理ベストプラクティス  
吸引・フォーレ・点滴
- 8月
- 9月
- 10月 6カ月評価  
KYT研修  
シミュレーション研修
- 11月 プリセプティ研修
- 12月 化学療法研修Ⅰ
- 1月
- 2月 プリセプター研修  
化学療法研修Ⅱ
- 3月 1年評価

e  
ラ  
ー  
ニ  
ン  
グ  
研  
修

準  
夜

深  
夜

日  
勤

準  
夜

- 0:00 申し送り 巡視
- 0:30
- 1:00 点滴・注射 実施確認と管理  
観察・処置・記録
- 体交
- 3:00 休憩・巡視  
↓
- 6:00 巡視
- 8:30 申し送り・カンファレンス  
清拭・点滴
- 10:00 観察・記録・ケア・処置・指導等  
配膳・食事介助
- 12:00 休憩
- 13:00 ↓
- 14:00 点滴・入院受入れ
- 15:00 観察・記録・カンファレンス
- 16:00 ケア・処置
- 16:30
- 17:00 申し送り
- 18:00 配膳・食事介助
- 19:00 観察・処置・記録
- 20:00 オムツ交換・体交
- 21:00 消灯
- 22:00 処置・ナースコール対応
- 23:00 巡視
- 24:00 申し送り 巡視



## 募集概要

1 試験区分・採用予定人員 看護師（正職員） 9名程度

2 採用時期 令和6年4月1日（予定）

### 3 受験資格

昭和56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、または令和6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。

## 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

免許取得見込みの方は、看護師養成のための学校又は養成所（以下、学校等という。）の卒業見込み証明書又は卒業証明書

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成績証明書（看護師免許を取得している方は不要です。）

学校等の発行した証明書（コピー不可）

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。

⑦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

令和5年5月1日（月）～令和5年6月1日（木）

### 3 提出先

013-8602 秋田県横手市根岸町5-3-1

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](mailto: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 令和5年6月11日(日)

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 市立横手病院

③試験時間 午前8時30分～(受験者数により試験時間を変更することがあります)

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、令和6年4月1日以降の予定です。ただし、助産師及び看護師免許取得見込みの人が、免許取得できなかった場合は採用となりません。

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	216,792円	17,800円
	短大・専門学校卒(3年課程)	211,352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(4.30月:R04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



お問い合わせ先 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し込いたします。

医 療 職	* 受験番号				
看 護 師					

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	令和5年6月11日(日)
受付	
試験場	市立横手病院
持参品	受験票、筆記用具 (健康診断書)

切り取り線

写 真 欄

40mm×30mm



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

令和 年 月 日現在

ふりがな				記入心得	<p>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。</p>
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 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 卒 見 込
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒 卒 見 込
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒 卒 見 込
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒 卒 見 込
自 年 月 日 至 年 月 日				年	卒 年 退 卒 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。

令和      年      月      日

氏 名






# 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 平成 年 月 日 ( ) 歳		
既往歴		血液検査	赤血球	$\times 10^6/\mu\text{L}$	肝機能	AST (GOT)	U/L
自覚・他覚症状			白血球	$\times 10^3/\mu\text{L}$	ALT (GPT)	U/L	
身長                  cm      腹囲                  cm			血色素量	g/dL	$\gamma$ -GTP	U/L	
体重                  kg      BMI			ヘマトクリット	%	中性脂肪	mg/dL	
視力 右                  ( ) 左                  ( )		血糖	mg/dL		HDLコレステロール	mg/dL	
血圧                  -                  mm/Hg		尿	蛋白質	( )	LDLコレステロール	mg/dL	
胸部X線検査  年 月 日 撮影		糖	( )	腎機能	クレアチニン	mg/dL	
					eGFR	<small>mL/9/1.73<sup>2</sup>分</small>	
		HBs抗原			HBs抗体		
		HCV抗体			結核IGRA		
心電図 所見		異常 (なし・あり)		抗体価	測定法	数値	判定
聴力		右	左	流行性耳下腺	EIA		陽性・陰性
	1000Hz			風疹	EIA		陽性・陰性
	4000Hz			麻疹	EIA		陽性・陰性
				水痘	EIA		陽性・陰性
				備考			

(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)