

国民健康保険大間病院 会計年度任用職員募集

1 職種、採用予定人員及び採用予定年月日

職 種	採用予定人員	採 用 期 間
看護師・准看護師	若干名	随時採用 ～ 令和3年3月31日まで（フルタイム）
看護助手	若干名	随時採用 ～ 令和3年3月31日まで（パートタイム）
調 理 員	若干名	随時採用 ～ 令和3年3月31日まで（パートタイム）

2 応募資格

職 種	受 験 資 格
看護師・准看護師	看護師又は准看護師の免許を有する方
看護助手	高等学校卒業以上の方で心身共に健康で病院の仕事に理解と情熱のある方
調 理 員	中学校卒業以上の方で心身共に健康で病院の仕事に理解と情熱のある方

ただし、いずれの職種も日本国籍を有しない方、自力により通勤ができない方、介護者なしに職務の遂行が困難な方及び地方公務員法第16条に規定する次に掲げる方は受験できません。

- ① 成年被後見人又は被補佐人
- ② 禁錮刑以上の刑に処せられ、その執行を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
- ③ 一部事務組合下北医療センター職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない方
- ④ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又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、又はこれに参加した方

3 試験日時及び場所

職 種	試 験 日 時	試験実施場所
全 職 種	申 込 受 付 後 通 知	大間病院

4 試験方法

職 種	試 験 方 法
全 職 種	面 接 試 験 （ 看護師・准看護師は小論文試験もあり）

5 賃金及び雇用待遇

職 種	月給・時給	1ヶ月の勤務時間数	雇 用 待 遇
看護師・准看護師	月額 165,300円～	155時間程度	社保・雇用・労災保険加入
看護助手	パートタイム 時給 846円	パートタイム 80時間程度	雇用・労災保険加入
調 理 員	パートタイム 時給 846円	パートタイム 90時間程度	雇用・労災保険加入

6 申込書類の請求及び申込受付期間等

書 類 請 求	申込書類は総務係で交付します。なお、郵送で請求する場合は、封筒の表に『受験申込書請求』と朱書きのうえ、受験職種がわかるように記載し、返信用封筒（長4大封筒に84円切手を貼り宛名を明記）を同封してください。申込書類はホームページからもダウンロードできます。
受 付 期 間	令和2年12月1日（火）から随時募集 （土・日・祝日を除く午前8時15分～午後5時）

7 お問い合わせ・お申し込み先

〒039-4601 青森県下北郡大間町大字大間字大間平 20-78
国民健康保険 大間病院 事務局総務係 ☎0175 (37) 2105

大間病院会計年度任用職員公募申込書

大間病院会計年度任用職員（看護師・准看護師）の公募に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、 添付書類

- ・ 大間病院会計年度任用職員採用試験受験申込（履歴）書 1部
- ・ 最終学歴証明書、卒業証書の写、卒業見込証明書のいずれか 1部
- ・ 看護師、准看護師免許証の写し 1部

2、 条 件

- 3、 令和2年12月1日付けの大間病院公示「大間病院会計年度任用職員募集」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊞

令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院会計年度任用職員採用試験受験申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけ
ないで、正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの大きさのものを糊でしっかり貼ってください。

試験職種	看護師又は准看護師	受験番号	※
ふりがな 氏名			性別 男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成 年 月 日 生 (満 歳) 申込時現在		

現住所	〒 アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。
	電話 () -

連絡先	〒 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。
	氏名 電話 () -

趣味・特技	
-------	--

志望動機	
------	--

学歴	学校名	学部	学科	在学期間	区分(○で囲む)
		中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退

本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

大間病院会計年度任用職員公募申込書

大間病院会計年度任用職員（看護助手）の公募に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、添付書類

- ・大間病院会計年度任用職員採用試験受験申込（履歴）書 1部
- ・最終学歴証明書、卒業証書の写、卒業見込証明書のいずれか 1部

2、条 件

令和2年12月1日付けの大間病院公示「大間病院会計年度任用職員募集」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金 澤 満 春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊟

令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院会計年度任用職員採用試験受験申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけないで、正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの大きさのものを糊でしっかり貼ってください。

試験職種	助手(看護助手)	受験番号	※
ふりがな氏名		性別	男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和平成 年 月 日 生 (満 歳) <small>申込時現在</small>		

〒 _____ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。

電話 () - _____

〒 _____ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。

氏名 _____ 電話 () - _____

趣味・特技

志望動機

学歴	学校名	学部	学科	在学期間	区分(○で囲む)
	中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退	

本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

大間病院会計年度任用職員公募申込書

大間病院会計年度任用職員（調理員）の公募に、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

記

1、添付書類

- ・大間病院会計年度任用職員採用試験受験申込（履歴）書 1部
- ・最終学歴証明書、卒業証書の写、卒業見込証明書のいずれか 1部

2、条 件

令和2年12月1日付けの大間病院公示「大間病院会計年度任用職員募集」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター
国民健康保険大間病院
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊞

令和2年度 一部事務組合下北医療センター							
大間病院会計年度任用職員採用試験受験申込(履歴)書							
試験職種	調理員		受験番号	※			
ふりがな 氏名			性別	男・女 (○で囲む)			
生年月日	昭和 平成	年	月	日	生	申込時現在 (満 歳)	
現住所	〒 アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。						
	電話 () -						
連絡先	〒 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。						
	氏名 電話 () -						
趣味・特技							
志望動機							
学 歴	学 校 名		学 部	学 科	在 学 期 間		区分(○で囲む)
	中学校		—	—	昭・平	年 月から	卒・見込・中退
					昭・平	年 月まで	
					昭・平	年 月から	卒・見込・中退
					昭・平	年 月まで	
					昭・平	年 月から	卒・見込・中退
				昭・平	年 月まで		
本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)							

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけな
いで、正面から上半
身を写した縦4cm、横
3cmの大きさのものを
糊でしっかり貼って
ください。

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和 年 月 日	※受付係印		※受験票 交付済印			