

平成28年度病院未収金回収員（非常勤嘱託職員）募集のお知らせ

受付期間 平成28年 9月14日（水）から平成28年9月27日（火）まで<必着>
選考日 平成28年 9月29日（木）

平成28年9月14日

福井県立病院

〒910-8526 福井市四ツ井2丁目8-1

電話 0776-54-5151

平成28年10月以降、福井県立病院に勤務する病院未収金回収員を募集します。

（主な職務内容）

- ・ 県立病院の入院患者および外来患者の診療費の収納事務（未収金回収およびクレーム対応）、その他これらに関する業務

1 採用職

募集人員	勤務場所	勤務期間
1名	福井県立病院 (福井市四ツ井2丁目8-1)	平成28年10月 から 平成29年 3月31日まで (更新有り)

2 応募資格

下記の(1)(2)いずれにも該当する者

- (1) 普通自動車免許を有する者
- (2) 地方公務員法第16条の欠格条項に該当しない者

3 選考考査

選考試験

試験内容 口述試験（受験者の職務遂行能力について、個別面接を行います。）

試験日程 平成28年9月29日（木）11時から（10分前までに集合してください。）。なお、応募者多数の場合は、試験日程を変更することがあります。（試験日程を変更した場合には、事前に連絡します。）

試験会場 福井県立病院 5階 中会議室1（福井市四ツ井2丁目8-1）

- ・ 受験票は発行しません。
- ・ 試験当日は、指定の時刻までに試験会場へお越しくください。

4 合否通知

試験終了後、速やかに合否を通知するとともに、合格者に対しては、その後の手続き等についてご案内します。

なお、採用後に採用事由が消失した場合（病院未収金回収員が必要とされなくなった場合）には退職していただくことになります。

5 勤務条件

勤務日 月曜日から金曜日まで、週5日

勤務時間 原則9時から15時までを1日、9時から16時までを4日（ともに1時間の休憩時間を含む。）

ただし、夜間回収業務がある場合はこの限りでない。

給 料 134,000円(月額)
諸 手 当 通勤手当を実績に応じて支給します。
そ の 他 年次有給休暇は、労働基準法第39条に定める基準によります。
社会保険、雇用保険および労災保険に加入します。

6 申込手続

別紙の「病院未収金回収員申込書」に必要事項を記入の上、運転免許証の写しを添付して、福井県立病院医療サービス課まで持参または郵送してください。

申込書等を郵送する場合は、封筒の表に「病院未収金回収員申込」と朱書してください。

〒910-8526 福井市四ツ井2丁目8-1
福井県立病院事務局医療サービス課
TEL 0776-54-5151

8 受付期間

平成28年 9月14日(水)から平成28年 9月27日(火)まで<必着>
午前8時30分から午後5時15分まで(土、日、祝日は除きます。)

(郵送の場合は、必ず書留郵便により行うものとし、9月27日(火)までに到着したものに限り受け付けます。)

9 試験結果の開示について

この採用試験の結果については、福井県個人情報保護条例の規定に基づき、書面で開示(本開示)を請求することができるほか、次の手続きにより口頭で開示(簡易開示)を請求することができます。

(1) 開示の内容等

口頭で開示を請求できる者	開示内容	開示期間	開示場所
当該採用試験に合格しなかった者本人	総合得点および総合順位	合否通知の到達日から1か月	福井市四ツ井2丁目8-1 福井県立病院事務局医療サービス課

(2) 口頭による開示請求の手続き

開示請求に当たっては、以下のいずれかの書類を持参の上、午前8時30分から午後5時15分までの間に、請求者本人(代理人は不可)が直接福井県立病院事務局医療サービス課へお越しください。ただし、土、日および祝日は受け付けておりません。

- | | |
|---|----------------|
| ① <input type="checkbox"/> 運転免許証 | ③ 各種健康保険の被保険者証 |
| ② <input type="checkbox"/> 日本国旅券(パスポート) | ④ 各種年金手帳等 |

※ 環境への配慮から来所に関しては、できる限り公共交通機関のご利用をお願いします。
また、車を利用するに当たってはアイドリングストップなどエコ運転にご協力ください。

病院未収金回収員（非常勤嘱託職員） 申込書

*			写真貼付欄	
採用職 希望区分	病院未収金回収員		縦 5 cm 横 5 cm	
ふりがな			性別	
氏名				
生年月日	年 月 日生【 歳（平成28年10月1日現在）】			
現住所	(〒 -) TEL ()			

		学 校 名	学部・学科名	卒業年月日
学 歴	最終学歴			
		※高等学校入学以後から記載		
職 歴	期 間	勤 務 先		勤 務 内 容

免許・資格	名	称	取得（見込）年月	認定交付機関
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
志望の動機				
自己PR				
<p>私は病院未収金回収員の選考試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は、次のいずれにも該当しておりません。この申込書のすべての記載事項に相違はありません。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 成年被後見人および被保佐人 2 禁こ以上の刑に処せられ、その刑の執行が終わるまでまたは執行を受けることがなくなるまでの者 3 福井県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 4 日本国憲法施行の日以降において、日本国憲法またはその下に成立した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、またはこれに参加した者 <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p> <hr style="width: 30%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>				

- 注) 1 記載事項に不正があると、受験が無効になる場合があります。
 2 *印欄には何も記載しないでください。
 3 写真は、上半身、脱帽正面向で申込み前3か月以内に撮影したものを貼付してください。