

平成29年度 福井県立病院 医療事務専門員募集のお知らせ

受付期間 平成29年2月 3日（金）から平成29年2月22日（水）まで<必着>
選考日 平成29年2月26日（日）

平成29年2月3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29年4月以降、福井県立病院に勤務する医療事務専門員を募集します。

（主な職務内容）

診療報酬請求事務全般に関する業務に従事します。

1 採用職

職種	勤務場所	勤務期間	募集人数
医療事務 専門員	福井県立病院 (福井市四ツ井2丁目8-1)	平成29年4月から	1名

2 応募資格

下記の(1)(2)いずれにも該当する者

(1) 59歳以下の者

(2) 診療報酬請求事務従事者の能力認定試験に合格した者または医療機関における診療報酬請求事務の経験を有する者

3 選考考査

選考試験

試験内容 適性検査（クレペリン）

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 適正検査…平成29年2月26日（日）9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。）

口述試験…平成29年2月26日（日）10時30分から（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、午後に及ぶ場合があります。（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 適正検査…福井県立病院 5階 大会議室

口述試験…福井県立病院 5階、中会議室

※「大会議室」に集合してください。

- ・ 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ださい。
- ・ 鉛筆（HB 2本）、消しゴム等の筆記用具を持参してください。

4 合否通知

3月上旬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。

5 採用時期

平成29年4月

6 勤務条件

勤務日および勤務時間

週37時間30分勤務

給料 150,900円(月額)

※民間等の経験がある方は、経験に応じて相当給が加算される場合があります。

(例)5年間の経験がある方の場合

166,000円(月額)

諸手当 通勤手当(月49,500円限度)

賞与2回(夏・冬)

7 申込手続

別紙の「医療事務専門員申込書」に必要事項を記入の上、

① 診療報酬請求事務従事者の能力認定試験に合格した者は、認定証等の写し

② 職務経歴書(別添様式)

③ 応募の動機および職務に対する抱負(様式自由)

を添付し、福井県立病院事務局医療サービス課まで持参または郵送(書留)してください。
申込書等を郵送する場合は、封筒の表に「医療事務専門員申込み」と朱書きしてください。

〒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29年2月3日(金)から平成29年2月22日(水)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、2月22日(水)までに到着したものに限り受け付けします。)

※ 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。

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	
自己PR				
<p>私は医療事務専門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 日本の国籍を有しない者 2 成年被後見人および被保佐人（準禁治産者を含む） 3 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 4 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 5 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 ⑩</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。

様式 【職務経歴書】

ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
------------	------	-----------------

会社名			
就業期間	年 月 日～ 年 月 日	雇用形態	
業種		役 職	
【業務内容】			

会社名			
就業期間	年 月 日～ 年 月 日	雇用形態	
業種		役 職	
【業務内容】			

会社名			
就業期間	年 月 日～ 年 月 日	雇用形態	
業種		役 職	
【業務内容】			