

## 平成30年度 福井県臨時的任用職員募集のお知らせ

受付期間 平成30年3月15日（木）から平成30年3月20日（火）まで<必着>  
選考日 平成30年3月22日（木）

平成30年3月15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30年4月以降、福井県立病院に勤務する臨時的任用職員を募集します。

（主な職務内容）

がん地域連携クリニカルパスの運営管理およびがん相談の取りまとめ、または、こころの医療センターにおける医療生活相談に関する業務に従事します。

今回募集する臨時的任用職員は、期限付で採用するものです。勤務期間は、5か月ごとに任期を更新し、最長で1年程度になります。ただし、勤務成績等により更新されない場合があります。

### 1 採用職

職 種	勤務場所	勤務期間	募集人数
保 健 師	福井県立病院 (福井市四ツ井2丁目8-1)	平成30年 4月から 平成31年 3月まで	1名

### 2 応募資格

次のいずれにも該当する者

- (1) 保健師助産師看護師法第2条に規定する保健師の免許取得者
- (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

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30年 3月22日（木）10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 3階 多目的室2（福井市四ツ井2丁目8-1）

その他 ・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。

### 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、採用後に採用理由が消滅した場合（臨時的任用職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 採用予定時期

平成30年4月1日

## 6 勤務条件

勤務日 月曜日から金曜日

勤務時間 午前8時30分から午後5時15分（週38時間45分勤務）

給料 197,100円（月額）（4年制の大学卒業者の場合）

※平成30年1月1日現在

※職歴等のある方については、一定の基準で算出された額が加算される場合があります。

諸手当 通勤手当、期末・勤勉手当等を任用期間に応じて支給します。

## 7 申込手続

別紙の「臨時的任用職員申込書」に必要事項を記入の上、「2 応募資格」の（1）の資格を有することを証するもの（写し）を添付し、福井県立病院事務局経営管理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「臨時的任用職員申込み」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経営管理課  
TEL 0776-54-5151

## 8 受付期間

平成30年3月15日（木）から平成30年3月20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、3月20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経営管理課

### （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経営管理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運転免許証        | ③各種健康保険の被保険者証 |
| ②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。

# 臨時的任用職員申込書

*			写真貼付欄  縦 5 cm 横 5 cm
採用職 希望区分	保健師		
ふりがな			
氏名			
生年月日	年 月 日生【 歳（平成30年 4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>私は福井県臨時的任用職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"> <li>1 成年被後見人および被保佐人（準禁治産者を含む。）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></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。