

令和元年度 福井県産休・育休等代替職員募集のお知らせ

受付期間 令和元年6月26日（水）から令和元年7月19日（金）まで〈必着〉
選考日 受付期間内に受理した者について、随時実施します。

令和元年6月26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

令和元年7月以降、福井県立病院に勤務する産休・育休等代替職員を募集します。

(主な職務内容)

調剤業務、注射薬払い出し業務、その他これらに関する業務に従事します。

今回募集する産休・育休等代替職員は、期限付きで採用するもので、勤務期間は概ね5か月ごとに任期を更新し、最長で2年9か月程度となります。ただし、勤務実績等により更新されない場合があるほか、職員の休業期間の短縮や欠員の解消等により退職いただく場合があります。

1 採用職および勤務期間等

職種	勤務場所	勤務期間	募集人数
薬剤師	福井県立病院 (福井市四ツ井2丁目8-1)	令和元年 7月から 令和4年 3月まで	2名

2 応募資格

次の(1)および(2)のいずれにも該当する者

- (1) 薬剤師法第2条に規定する薬剤師の免許取得者または免許取得見込みの者
- (2) 日本の国籍を有し、かつ地方公務員法第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等について、個別面接を行います。)

試験日程 別途お知らせします。

試験会場 福井県立病院内会議室(福井市四ツ井2丁目8-1)

その他 受験票は発行しません。

4 合否通知

試験終了後速やかに選考試験の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お知らせします。

なお、採用後に、採用理由が消滅した場合(産休・育休等代替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 採用時期

令和元年7月以降

6 勤務条件および勤務時間

福井県産休・育休等代替職員申込書

*				写真貼付欄 縦 5 cm 横 5 cm
採用職 希望区分	薬剤師			
ふりがな			性別	
氏名				
生年月日	年 月 日生【 歳（令和元年6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>私は産休・育休代替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"> 1 成年被後見人および被保佐人（準禁治産者を含む） 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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ⑨</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、脱帽正面向きで申込み前3か月以内に撮影したものを貼付してください。