

令和元年度 福井県会計年度任用職員（パートタイム）  
募集のお知らせ

|       |                                  |
|-------|----------------------------------|
| 受付期間  | 令和2年 2月 5日(水)～ 令和2年 2月10日(月)〈必着〉 |
| 試験日   | 令和2年 2月13日(木)                    |
| 採用予定日 | 令和2年 4月 1日(水)                    |

県立病院 作業医療科  
〒910-8526 福井市四ツ井2丁目8-1  
TEL 0776-57-2971

1 募集概要

|        |   |
|--------|---|
| 採用予定日  | 令和2年4月1日(水)   |
| 任用期間   | 令和2年4月1日から令和3年3月31日まで<br>(所属での面接および勤務成績に基づき連続2回まで更新される場合があります。) |
| 職種     | 会計年度任用職員（パートタイム）  |
| 勤務場所   | 福井県立病院 作業医療科（福井市四ツ井2丁目8-1）                                      |
| 業務内容   | 作業療法業務の補助   |
| 採用予定人員 | 2名  |

2 受験資格

地方公務員法第16条の欠格条項に該当しない者

- (1) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行が終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの者
- (2) 福井県におい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
- (3) 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、またはこれに加入した者

3 試験の方法

受験者の人柄、性格等をみるために、個別面接を行います。

#### 4 試験の日時および会場

- (1) 試験日時 令和2年2月13日(木)  
午前11時30分から12時00分まで
- (2) 試験会場 福井県立病院 作業医療科(福井市四ツ井2丁目8-1)

#### 5 合格者の発表

受験者全員に合否の結果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。

#### 6 受験手続

- (1) 申込方法 「福井県会計年度任用職員(パートタイム)採用試験申込書」に必要事項を記入の上、提出(持参または郵送)してください。
- (2) 受験申込先 〒910-8526 福井市四ツ井2丁目8-1  
福井県立病院 作業医療科(こころの医療センター1階)
- (3) 受付期間 令和2年2月6日(水)～令和2年2月10日(月)〈必着〉  
※受付事務は、午前8時30分から午後5時15分まで  
(ただし、土、日、祝日は除く。)
- (4) 注意事項 ・郵便により申し込む場合は、必ず書留郵便により行うものと  
し、2月10日(月)までに到着したものに限り受け付けます。  
・受験票は発行しません。

#### 7 勤務条件

- (1) 勤務日 月曜日から金曜日  
休日 土、日、祝日および年末年始(12月29日から1月3日)
- (2) 勤務時間 原則、午前9時15分から午後2時45分まで  
※うち、休憩時間1時間  
※所定労働時間を超える労働はありません。
- (3) 報酬 日額4,100円  
※学歴・経験等を考慮の上、決定します。
- (4) 期末手当 勤務期間等に応じて支給(最大年間2.6月分)  
(ボーナス) 報酬日額4,100円の場合 年間支給額14万円程度  
※勤務期間等に応じて、実際の支給額は増減します。
- (5) 休暇 ・年次有給休暇 年間10日

※ 6 か月継続勤務をした場合の付与日数です。

継続勤務年数に応じて付与日数が変わります。

・ 特別休暇：忌引休暇(有給)、夏季休暇(有給)、病気休暇(無給)など

(6)その他

- ・ 通勤費を別途支給
- ・ 雇用保険の適用あり
- ・ 労働者災害補償保険の適用あり
- ・ 地方公務員法上の服務規定等の適用あり（秘密を守る義務、職務に専念する義務など）

## 8 試験結果の開示

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第 24 条第 1 項の規定により、口頭での開示を請求することができます。

| 開示請求できる人                | 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<br>(本人) | 総合得点および<br>総合順位 | 合否通知の到達日<br>から 1 か月 | 福井県立病院<br>作業医療科 |

○口頭による開示請求の手続き

開示請求する場合は、以下のいずれかの書類を持参のうえ、午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分までの間に、請求者本人(代理人は認めません)が、直接福井県立病院作業医療科へお越しください。ただし、土曜日、日曜日および祝日は受付していません。

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

様式 1-2

令和 年 月 日現在

\*

福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書

写 真

・大きさ縦4.0cm×横3.0cm  
 ・上半身、脱帽、正面向きで  
 ・3ヶ月以内に撮影したもの  
 ・写真の裏全面にのりをつけて  
 貼ってください。

ふりがな

氏 名

生 年 月 日

昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

現 住 所

〒 - 電話 ( ) -

合格通知先住所

〒 - 電話 ( ) -

学 歴

(最終学歴から順に記入)

学校名

学部・学科名

所在地(都道府県)

在学期間(和暦で記入)

修学区分

年 月から

年 月まで

卒業・卒業見込

修了・修了見込

中退・在学中

年 月から

年 月まで

卒業・卒業見込

修了・修了見込

中退・在学中

年 月から

年 月まで

卒業・卒業見込

修了・修了見込

中退・在学中

職 歴

(新しい順に記入)

勤務先の名称

所在地(都道府県)

在職期間(和暦で記入)

年 月から

年 月まで

年 月から

年 月まで

年 月から

年 月まで

年 月から

年 月まで

年 月から

年 月まで

免 許 ・ 資 格

名称

認定交付機関

取得(見込)年月

年 月

年 月

年 月

|   |  |
|---|--|
| 自覚している<br>性格  |  |
| 自己 P R  |  |
| <p>私は、地方公務員法第16条の欠格条項に該当していません。<br/>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: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">※必ず自署してください。</p> |  |

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。