平成３１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	平成３１年３月２８日（木）から平成３１年４月１２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。

平成３１年３月２８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３１年４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）

入院患者に対する看護、その他これに関係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、次の「１　採用職および勤務期間等」に記載する勤務期間のとおりとなります。

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
看護師	福井県立病院 （福井市四ツ井２丁目８－１）	平成３１年４月　から 平成３１年４月３０日まで	１２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）看護師の免許取得者または免許取得見込みの者

（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

先の「１　採用職および勤務期間等」に記載する勤務期間のとおりです。

なお、看護師免許が取得見込みである者は、免許の登録後になります。

６　勤務条件および勤務時間

勤務日および勤務時間　土曜日、日曜日、祝日を含め週３８時間４５分勤務（早出遅出あり）

給　　料　以下の区分により月額支給します。

短期大学（修学年数３年）卒業者の場合　１９０，５００円

大学（修学年数４年）卒業者の場合　１９４，７００円

※平成３１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「産休・育休等代替職員申込書」に必要事項を記入の上、「２応募資格」（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「産休・育休等代替職員申込み」と朱書きしてください。

８　受付期間

平成３１年３月２８日（木）から平成３１年４月１２日（金）まで＜必着＞
午前８時３０分から午後５時１５分まで(土曜日、日曜日、祝日は除く。)
（郵送の場合は、必ず書留郵便により行うものとし、平成３１年４月１２日（金）午後５時１５分までに到着したものに限り受け付けます。）

＜送付先＞
〒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
℡　０７７６－５４－５１５１

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）を請求することもできます。

（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、土曜日、日曜日および祝日は受け付けしておりません。

① 運転免許証　② 各種健康保険の被保険者証
③ 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

※

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	看護師	

ふりがな		性別	
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日生【　　歳（平成３１年４月１日現在）】		
現住所	（〒　　－　　）　　℡　　（　　）		

		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

<table>
<tr><td>免許・資格</td><td>
<table>
<tr><th>名　　称</th><th>取得（見込）年月</th><th>認定交付機関</th></tr>
<tr><td></td><td>年　　月</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>志望の動機</td><td></td></tr>
<tr><td>自己ＰＲ</td><td></td></tr>
</table>

私は産休・育休等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。

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

平成　　年　　月　　日

氏　名　　㊞

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。