

# 美濃市職員（看護師）採用試験実施要項

**（令和2年4月採用関係）**

## 1 採用職種・募集人員・受験資格

昭和55年4月2日以降に生まれた方（看護師免許取得見込みの方についてはお問い合わせ下さい）で、次の表のとおりです。

職種及び募集人員	受験資格
看護師 若干名	・看護師免許取得者 (本年度卒業・取得見込の方を含む)

上記の他、次の各号の一に該当する人は受験できません。

- (1) 成年被後見人又は被保佐人
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終えるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (3) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又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、又はこれに加入した人

## 2 採用予定時期

令和2年4月1日

## 3 受験手続

### (1) 申込書の交付

- ・ 申込書は、美濃市立美濃病院でお渡しします。
- ・ 美濃市立美濃病院ホームページの申込書もご利用いただけます。

### (2) 申込方法

- ・ 申込書に必要な事項を記入し提出してください。(郵送可)

### (3) 提出書類

- ①美濃市職員（看護師）採用試験申込書
- ②看護師免許証（写し）又は卒業（見込）証明書（本年度免許取得見込の方）
- ③健康診断書（申込日3ヶ月以内に診断を受けたもの）

### (4) 受付期間

- ・ 令和元年7月31日（水）まで受付します。  
(以後の申し込みも随時受け付けます。ご相談ください)
- ・ 受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで（土・日曜日・祝祭日を除く）

### (5) 受付場所

- ・ 美濃市立美濃病院事務局

#### 4 試験日・試験内容

- (1) 日 時 令和元年8月8日(木)または8月22日(木)  
いずれも午後1時から  
申込時にご都合をお知らせください。
- (2) 場 所 美濃市立美濃病院
- (3) 試験の内容 小論文・面接試験
- (4) 合格発表 受験者全員に採用の可否を通知します。

#### 5 勤務条件等(平成30年度実績)

- (1) 初任給 正看護師 大学4卒 219,000円+17,520円(研究手当等8%)  
正看護師 短大3卒 213,500円+17,080円( " )  
※勤務経験のある方は経験期間を考慮のうえ、決定します。
- (2) ボーナス 6月:2.225カ月 12月:2.225カ月 年合計 4.45カ月
- (3) 諸手当等 特殊勤務手当(看護師研究手当等)=給料月額8%(初任給欄参照)  
夜間看護手当、扶養手当、住居手当、通勤手当等
- (4) その他 岐阜県市町村職員退職手当組合加入  
勤務開始後6ヵ月間は、試用期間(条件付採用期間)となります。

#### 6 福利厚生

岐阜県市町村職員共済組合加入

#### 7 休暇

- 年次有給休暇 年間20日(初年は15日)
- 特別休暇 忌引、結婚、産休、育休、介護、夏季休暇等

#### 8 職員宿舎

ワンルーム : バス・トイレ・キッチン・エアコン完備 (使用料月額15,000円)  
定員の関係で、お貸しできない場合もあります。

#### 9 院内保育所

病院敷地内に設置してあります。(定員の関係で、ご利用ができない場合もあります。)

#### 10 その他

- (1) 試験に関する通知はいたしませんので、当日の試験時間に間に合うよう美濃病院へお越し下さい。(正面玄関左側のカウンターにて受験の旨をお伝え下さい)
- (2) 試験日には、筆記用具(鉛筆、消しゴム等)を持参してください。
- (3) この試験について詳しいことをお尋ねの場合は、下記まで連絡してください

※連絡先 〒501-3746 美濃市中央4丁目3番地  
美濃市立美濃病院事務局

TEL 0575-33-1221

FAX 0575-33-4724

# 令和2年4月採用 美濃市職員（看護師）採用試験申込書

美濃市長 様

このたび、美濃市職員（美濃病院看護師）採用試験を受験したく、関係書類を添えて申し込みます。  
平成 年 月 日

申込者氏名

印

## 履 歴 票

### 写 真 欄

1 6か月以内、脱帽、  
上半身 正面縦で撮  
影し、本人と確認で  
きるもの

2 申込時に写真を  
はり提出。

1 氏 名 (ふりがな)		2 生年月日・年齢・性別		※受 験 番 号	
		昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男			
		平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女			
		年齢 歳 (申込時)			
3 現住所 (ふりがな) (同居人の場合は、同居先も書いてください。) (〒 ー )					
(電話 市外局番 局 ー 番) (携帯 )					
4 連絡先 (現住所以外に連絡先があればその連絡先) (〒 ー )					
(電話 市外局番 局 ー 番) (携帯 )					
5 学 歴 (現在または最終学歴を書いてください。住所地は市町村まで書いてください。)					
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地	期 間	学 年 を 記 入 し、○でかこむ	
			年 月 から 年 月 まで	学 年 卒 ・ 卒 見 ・ 在 ・ 中 退	

6 職 歴 就職したことについて、新しいものから順に詳しく書いてください。(自営業も含まれます。書ききれない場合は別紙にて添付してください。)						
勤 務 先	部 課 名	所 在 地	在 職 期 間	職 務 内 容	給 料	備 考
			年 月 ~ 年 月		円	
			年 月 ~ 年 月			
			年 月 ~ 年 月			
			年 月 ~ 年 月			
7 特 殊 技 能 検定、資格免許(看護師免許のほか、自動車運転免許、英語検定、珠算免許等)を有する人は記入してください。						
名 称		種 類	取 得 年 月 日	資 格 ・ 免 許 等 の 認 定、交 付 機 関		
8 志望の動機				9 自己紹介文		
10 次の質問に答えてください。						
(1) 成年被後見人や被保佐人の宣告を受けたことがありますか。				<input type="checkbox"/> ある		
				<input type="checkbox"/> ない		
(2) かつて、禁こ以上の刑に処せられたことがありますか。				<input type="checkbox"/> ある		
				<input type="checkbox"/> ない		
(3) かつて、美濃市において、懲戒免職になったことがありますか。				<input type="checkbox"/> ある		
				<input type="checkbox"/> ない		
(4) 日本国憲法又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や団体を結成し、又はこれに加入したことがありますか。				<input type="checkbox"/> ある		
				<input type="checkbox"/> ない		

### 記入上の注意事項

- の該当するものにチェック レ印を付けてください。
- 数字は算用数字を用い、※の欄を除く全ての欄にもれなく記入してください。
- 記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- 必ず受験者本人が記入してください。

# 健康診断書

住 所	
氏 名	
生年月日	年      月      日

I	1. 身長	cm	
	2. 体重	kg	
	3. 視力	左      .      (      .      )	右      .      (      .      )
	4. 聴力	右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    (      )	
		左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    (      )	
	5. 血圧	最高                      mmHg	最低                      mmHg
	6. 尿	蛋白    - , ± , + (      mg/dℓ)	糖    - , ± , + (      mg/dℓ)
	7. 身体的能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    (      )	
8. 言語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    (      )		

II	1. 胸部疾患	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    (      )
	2. 腹部疾患	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    (      )
	3. その他の異常・疾患	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    (      )
	4. 胸部X線検査	年      月      日 撮影
	異常所見	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    (      )

III	その他 特記事項	
-----	-------------	--

上記のとおり、診断します。

平成      年      月      日

住      所

医療機関名

医 師 名

Ⓜ