

美濃市職員（臨床工学技士）採用試験実施要項

1 採用職種・募集人員・受験資格

昭和50年4月2日以降に生まれた方で、次の表のとおりです。

職種及び募集人員	受験資格
臨床工学技士 1名	臨床工学技士免許取得者（本年度免許取得見込みの方を含む）

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）日本国憲法施行の以降において、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 採用時期

令和2年4月1日（予定）

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自筆で記入し提出してください。

（郵送可。ただし、受付期間内に必着のこと。）

（3）提出書類

- ① 美濃市職員（臨床工学技士）採用試験申込書
- ② 臨床工学技士免許証（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ヵ月以内に診断を受けたもの）

（4）受付期間

令和元年10月1日（火）から令和元年11月29日（金）までの

午前8時30分から午後5時15分まで受付けます。

土・日曜日、祝祭日は受付を行いません。

(5) 受付場所

美濃市立美濃病院事務局

4 試験日程・試験内容

(1) 日 程 令和元年12月10日(火)

10時45分～11時00分 受付

11時00分～12時00分 筆記試験

13時00分～14時00分 小論文

14時15分～ 面接試験

(試験時間は変更する場合があります。)

(2) 場 所 美濃市立美濃病院

(3) 試験の内容 専門筆記試験、小論文(テーマは当日発表します。)及び面接試験

(4) 可否の通知 令和2年1月上旬(予定) (受験者全員に通知)

※日程等の変更がある場合以外は、別途通知はいたしません。

5 勤務条件等

(1) 初任給 大学卒 200,200円 (令和元年4月1日現在)

短大3卒 195,000円 (")

※勤務経験期間等を考慮のうえ決定します。

(2) 諸手当(業務手当、研究手当、扶養手当、通勤手当、時間外勤務手当、期末勤勉手当など)
や休暇等は、美濃市の規定によります。

6 その他

(1) 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。

(2) この試験についてのお問い合わせは、下記まで連絡してください。

お問合せ先

〒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

令和2年4月採用 美濃市職員（臨床工学技士）採用試験申込書

美濃市長 様

このたび、美濃市職員（美濃病院臨床工学技士）採用試験を受験したく、関係書類を添えて申し込みます。
令和 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 ☐ 男			
		平成 年 月 日生 ☐ 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。) (〒 —)					
(電話 市外局番 局 — 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) (〒 —)					
(電話 市外局番 局 — 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。（自営業も含みます。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（採用資格免許のほか、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。			☐ ある ☐ 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。			☐ ある ☐ 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。			☐ ある ☐ 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。			☐ ある ☐ 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 ☐ 正常 ☐ 異常 ()	
		左 ☐ 正常 ☐ 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	☐ 正常 ☐ 異常 ()	
8. 言 語	☐ 正常 ☐ 異常 ()		

II	1. 胸部疾患	☐ ない ☐ ある ()
	2. 腹部疾患	☐ ない ☐ ある ()
	3. その他の異常・疾患	☐ ない ☐ ある ()
	4. 胸部X線検査	年 月 日 撮影
	異常所見	☐ ない ☐ ある ()

III	そ の 他 特記事項	
-----	---------------	--

上記のとおり、診断します。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

印