美濃市職員（看護師）採用試験実施要項

（令和６年４月採用関係）

１　採用職種・募集人員・受験資格

昭和４９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）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

（２）美濃市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない人

（３）日本国憲法施行の日以降において、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　採用予定時期

令和６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５年７月２８日（金）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５年８月５日（土）または８月１９日（土）
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（令和５年度見込み）

（１）　初任給　　正看護師 大学４卒　２２４，１００円＋２８，０１２円（研究手当等１２．５％）
正看護師 短大３卒　２１８，６００円＋２７，３２５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：２．１７５月　　１２月：２．１７５月　　年合計 ４．３５月

（３）　諸手当等　　特殊勤務手当（看護師研究手当等）＝給料月額の１２．５％（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ヶ月間は、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６年４月採用　美濃市職員（看護師）採用試験申込書

写　真　欄
1　6ヶ月以内、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。

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。
令和　　年　　月　　日

申込者氏名

履　歴　票

1　氏　　名（ふりがな）	2　生年月日・年齢・性別	試験希望日	※受験番号
	昭和 年　　月　　日生 平成 年齢　　歳（申込時） □　男 □　女	第1希望：　　月　　日（　　） 可能であれば、下記もご記入下さい 第2希望：　　月　　日（　　）	

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（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) かつて、禁錮以上の刑に処せられたことがありますか。　□ ある　□ ない

(2) 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

(3) 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　　㊞