

平成23年度試験案内

# 長崎県五島中央病院職員(地方公務員)採用試験

(助産師、看護師)

長崎県五島中央病院 〒853-0031 長崎県五島市吉久木町205番地

0959-72-3181

病院の運営主体：長崎県病院企業団

長崎県病院企業団とは、長崎県と島原地域、五島地域及び対馬地域の市町が一体となって病院を運営することにより、県民の健康な生活を確保することを目的として設立された地方自治法上の特別地方公共団体（一部事務組合）です。職員の身分は地方公務員です。

- 1 受付期間 平成23年6月1日(水)～平成23年8月19日(金)
- 2 試験の種類、採用予定人数、勤務先及び受験資格

職種	採用予定人数	勤務先	職務内容	受験資格及び採用条件
助産師	約3名	長崎県 五島中央病院	それぞれの専門技術の業務	平成24年4月1日現在で 免許を有する方で34歳以下の方 免許取得見込の方で29歳以下の方 平成24年4月1日より正規職員として採用します。 免許取得見込の方は取得後の採用となります。
看護師	約11名			平成24年4月1日現在で 免許を有する方及び免許取得見込の方で29歳以下の方 平成24年4月1日より正規職員として採用します。 免許取得見込の方は取得後の採用となります。
助産師及び 看護師 (平成23年度 中途採用)	約5名			平成24年4月1日現在、免許を有する方で 助産師：34歳以下の方 看護師：29歳以下の方 臨時職員を経て、平成24年4月1日までに正規職員として採用します。

採用予定数は変更になる場合があります。

なお、次のいずれかに該当する場合は、受験できません。

地方公務員法第16条の規定に該当する者

- ・ 成年被後見人または被保佐人（準禁治産者を含む）
- ・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を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
- ・ 長崎県病院企業団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
- ・ 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 試験の方法及び内容

論文試験	職務遂行に必要な理解力、判断力、構成力等についての論文試験
人格検査	ロールシャッハ・テストによる人格検査
人物検査	面接試験
身体検査	胸部疾患の有無、その他職務遂行に必要な健康度の有無の検査 指定様式により、国公立病院(長崎県病院企業団病院を含む)又は公的医療機関(長崎県済生会病院、長崎労災病院、日本赤十字社及び国民健康保険が開設する病院を含む)で、すべての項目について検査すること。健康診断書は、受験申込用紙と一緒に封印された封筒に入れてそのまま提出してください。
受験資格等の調査	受験資格の有無、申込記載事項の真否その他について調査を行います。

## 4 受付手続及び受付期間

受付期間	平成23年6月1日(水)～平成23年8月19日(金) 持参される場合は平日の午前8時30分から午後5時00分までで、土・日・祝日は受け付けません。 郵送される場合は8月19日(金)必着
申込用紙等請求先	申込用紙・健康診断書は五島中央病院総務係で交付します。 申込用紙・健康診断書を郵便で請求する際は、封筒の表に「(助産師または看護師)採用試験申込用紙請求」と朱書きし、120円切手を貼った宛先明記の返信用封筒を必ず同封してください。 (五島中央病院ホームページからもダウンロードできます。) <a href="http://www.gotocyuoh-hospital.jp/">http://www.gotocyuoh-hospital.jp/</a>
申込方法	(ア) 申込用紙には必要事項を記入し、健康診断書は封印された封筒に入れて、五島中央病院総務係へ提出のうえ、受験票を受け取ってください。 (イ) 申込書・健康診断書を郵送される方は、封書(簡易書留速達扱い)にしてください。 なお、受験票の送付を受けるための、120円または140円切手を貼った宛先明記の返信用封筒を必ず同封してください。 (ウ) 申込の際は、必ず申込書に写真を貼ってください。 写真は申込前6ヶ月以内に、帽子をかぶらないで正面から撮影したもので本人とはっきりわかるもの(縦4.0cm、横3.0cmのもの) (エ) 写真のない場合は受付できません。 (オ) 免許所持者は免許の写しを提出してください。

## 5 試験の日程等

職種	日時	場所	合格発表
助産師 看護師	五島市 平成23年8月20日(土) 受付 9:00～9:30 論文試験 9:35～10:35 人格試験 10:45～11:40 人物試験 11:50～	五島市 長崎県五島中央病院2階講義室 (住所)長崎県五島市吉久木町205番地	平成23年9月14日に長崎県五島中央病院1階掲示板に掲示するほか合格者、不合格ともに文書で通知します。
	長崎市及び福岡市 平成23年8月27日(土) 試験開始時間は、決定次第受験希望者へ連絡します。	長崎市及び福岡市 試験会場は決定次第受験希望者へ連絡します。	

試験会場は申込書の「希望試験地欄」で五島市、長崎市、福岡市のいずれかを選択できます。

## 6 採用条件

- 合格者で「免許取得見込みの方」については、平成24年春までに取得できなかった場合は採用を取り消します。
- 受験資格がないことが判明した場合は、合格を取り消します。また、申込書記載事項が正しくないことが判明した場合は、合格を取り消すことがあります。

## 7 給与

長崎県病院企業団の給与規定に基づいて支給されます。

## 8 その他

この試験についての不明な点は五島中央病院総務係にお問い合わせください。

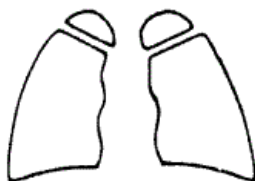
〒853-0031 長崎県五島市吉久木町205番地

長崎県五島中央病院総務係 電話0959-72-3181(内線2123)

# 平成23年度長崎県五島中央病院職員採用試験受験申込書

受験番号	採用条件(どちらかに をしてください)	希望試験地 (いずれかに をしてください)	1 . 五島市(長崎県五島中央病院) 2 . 長崎市(会場は後日連絡) 3 . 福岡市(会場は後日連絡)	写真欄  写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものが必ず必要です。  写真は申込みの際に必ず貼って下さい。		
試験職種 (どちらかに をしてください)	1 . 中途採用(平成23年度中) 2 . 平成24年4月1日採用					
ふりがな		平成24年4月1日における年齢				
氏名	男 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 満 才			
ふりがな				記入心得  4 3 2 1 記載事項に不正があると受験が無効となる場合があります 印刷を除くすべての欄に記入してください 数字は算用数字で書いてください 青又は黒インク・ボールペンを使用してください 氏名・生年月日等は戸籍記載のとおり正確に記入してください		
現住所	( 様方 )					
電話番号	携帯番号					
(上記住所と異なる場合のみ記入して下さい。)						
合格通知等書類送付先				4 3 2 1 記載事項に不正があると受験が無効となる場合があります 印刷を除くすべての欄に記入してください 数字は算用数字で書いてください 青又は黒インク・ボールペンを使用してください 氏名・生年月日等は戸籍記載のとおり正確に記入してください		
電話番号						
学歴 (中学校以上を記入)	学 校 名	学部・学科名	在学期間		卒業等の別	所在地(電話)
			年 月 ~ 年 月		卒 見 込 卒 見 込 在 在 退 学	
			年 月 ~ 年 月	卒 見 込 卒 見 込 在 在 退 学		
			年 月 ~ 年 月	卒 見 込 卒 見 込 在 在 退 学		
職歴	会 社 名 等		在 職 期 間		所在地(電話)	
			自 至	年 月 日		
			自 至	年 月 日		
			自 至	年 月 日		
			自 至	年 月 日		
検定・資格・免許等	名 称 ( 種 類 )		取 得 年 月 日		交 付 機 関	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
志望動機			特技、趣味、好きな学科等			
扶養家族数(配偶者を除く) 人		配偶者 有 ・ 無		配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有 ・ 無		
次の事項に答えてください。(該当する にレをしてください。)						
地方公務員法第16条に該当する者ですか。						
成年後見人又は被保佐人(準禁治産者を含む)の宣告を受けたことがありますか。				はい	いいえ	
禁錮以上の刑に処せられ、その執行の終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者ですか。				はい	いいえ	
長崎県病院企業団(旧長崎県離島医療圏組合)職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者ですか。				はい	いいえ	
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、またはこれに加入したことがありますか。				はい	いいえ	
「はい」にレをした場合は詳しく書いてください。( )						
この申込書の記載のとおり相違ありません。			平成 年 月 日			
			氏名 (自署)			
			印			

(様式第3号)

健康診断書												
職 種				(フリガナ)				生年月日	年 月 日 生 ( 歳)			
検 査 日	平成 年 月 日			氏 名				年 月 日				
業 務 歴				住 所	〒			TEL ( )				
既 往 歴												
自 覚 症 状				血 圧 (mmHg)								
他 覚 症 状				貧 血 検 査	血 色 素 量 (g/dl)							
				赤 血 球 数 (万/mm <sup>3</sup> )								
身 長 ( c m )				肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)							
体 重 ( k g )					G P T (IU/l)							
B M I				血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール (mg/dl)							
視 力	右	( )			HDLコレステロール (mg/dl)							
	左	( )			トリグリセライド (mg/dl)							
色 覚				血 糖 検 査 (mg/dl)								
聴 力	右	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	尿 検 査	糖	-	+	++	+++			
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり		蛋 白	-	+	++	+++			
	左	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	心 電 図 検 査								
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり	そ の 他 の 検 査			ツ 反 $\frac{\quad}{\quad}$ x ( x ) H B s 抗 原 ( )					
胸 部 エ ク ス 線 検 査	撮影 平成 年 月 日  直接 ・ 間接  レントゲン所見  			水 痘	罹患 ・ 未罹患 ・ 抗体(陽・陰) ・ 不明							
				麻 疹	罹患 ・ 未罹患 ・ 抗体(陽・陰) ・ 不明							
				風 疹	罹患 ・ 未罹患 ・ 抗体(陽・陰) ・ 不明							
				ムンプス	罹患 ・ 未罹患 ・ 抗体(陽・陰) ・ 不明							
				H C V	陽性 ・ 陰性							
				その他の法定検査								
				医師の意見及び 就業上の注意事項								
フィルム番号	No.											
健康診断を実施した医療機関名 医師の氏名							㊞					

備考 1, BMIは、次の算式により算出すること(標準値 22)。

$$B M I = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$$

- 2, 「視力」の欄は、矯正していない場合は( )外に、矯正している場合は( )内に記入すること。
- 3, 「血糖検査」については、一般的な血中グルコースの量の検査によるほか、糖化ヘモグロビンA<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)の検査によることも差し支えない。仮に、糖化ヘモグロビンA<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)の検査を実施した場合は、測定値に「%」を付けて表記すること。
- 4, 「医師の意見及び就業上の注意事項」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の注意事項について記入すること。