

平成22年度実施試験案内

# 長崎県病院企業団職員採用試験

(理学療法士)

長崎県対馬いづはら病院 〒817-8517 長崎県対馬市厳原町東里303-1

TEL 0920-52-1910 (直通)

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経営することにより、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2月15日（火）～平成23年3月18日（金）
- 2 試験の種類、採用予定人数及び勤務先等

職種	採用予定人数	勤務先	職務内容
理学療法士	1名	長崎県対馬いづはら病院	専門業務に従事します

※採用予定数は変更になる場合があります。

- 3 受験資格

試験職種	必要とする免許・資格等
理学療法士	40歳未満の方で、理学療法士免許を有する方又は、第46回理学療法士国家試験受験者

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

- 4 受付期間及び受験手続

受付期間	平成23年2月15日（火）～平成23年3月18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・祝日は休みです。 郵送される場合は3月18日消印有効。
受験の申込方法及び申込み上の注意	1. 受験申込書を長崎県対馬いづはら病院へ提出してください。 ・ 所定の様式に、必要事項を漏れなく記載してください。 ・ 写真は、無帽で正面からの上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません。）を貼付してください。 2. 提出書類を郵送される場合は、郵便局で簡易書留扱いにしてください。 送付先：〒817-8517 長崎県対馬市厳原町東里303-1 長崎県対馬いづはら病院総務係あて 封筒の表に「職員採用選考試験受験申込」と朱書きしてください。

## 5 試験の日程等

職種	日時・場所	場所	合格発表
理学療法士	平成23年3月25日（金） 入室開始：13時00分 着席：13時10分 作文試験：13時15分～14時15分 面接試験：14時45分～	長崎県対馬市厳原町東里303-1 長崎県対馬いづはら病院 二階 大会議室	平成23年3月28日に長崎県対馬いづはら病院正面玄関及びホームページに合格者の受験番号を掲示するほか、合格者には文書で通知します。また、本人からの電話照会にも応じます。※不合格者には通知しませんのでご了承ください。

【合否問い合わせ先等】 ※電話 (直通) 0920-52-1910

※長崎県対馬いづはら病院のホームページ (<http://www2.ocn.ne.jp/~izuhara/>)

## 6 合格から採用までの経路

(1) 試験に合格した方は、合格通知に指定された日までに下記の書類を指定された病院に提出してください。

- |  |
|--|
| ①健康診断書（指定様式により、指定する受診機関で受診したもの）<br>②免許証又は資格を証明する書類の写し（所有する者のみ）<br>③最終学校卒業証明書又は卒業見込み証明書<br>④最終学校成績証明書 |
|--|

(2) 採用予定日は、平成23年5月1日付です。

(3) 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、勤務条件等

(1) 給与等

初任給月額（平成22年4月1日現在）は原則として、大卒で178,200円、短三卒で167,000円となります。ただし、学歴、職歴、免許歴等に応じて加算されることがあります。また、上記給与のほか、通勤手当、住居手当、扶養手当、時間外勤務手当、夜間勤務手当、期末・勤勉手当がそれぞれの支給要件に応じて支給されます。

(2) 勤務時間 1週38時間45分、1日7時間45分

(3) 休暇 年間20日（4月採用の場合1年目は15日間）の年次休暇や病気休暇、忌引休暇、産前産後休暇等があります。

## 8 その他

この試験についてのお尋ねは次の所へお願いします。

〒817-8517 （長崎県対馬市厳原町東里303-1）

長崎県対馬いづはら病院 総務係長まで 電話（直通）0920-52-1910

職務内容についてのお尋ねは下記の所へお願いします。

〒817-8517 （長崎県対馬市厳原町東里303-1）

長崎県対馬いづはら病院 技師長(理学療法士)

電話（直通）0920-52-1910

平成22年度 長崎県病院企業団職員採用試験受験申込書

※欄は記入しないでください。  
長崎県対馬いづはら病院

試験職種		受験番号	※	写 真 欄  無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）
ふりがな			性 別	
氏 名			男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日 生（平成22年4月1日現在 満 歳）			
現住所	〒 - ( 様 方 )			
電話番号		携帯電話		
合格通知書送付先	(上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 - ( 様 方 )			
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	修 学 区 分
	(現在または最終)		自平・昭 年 月 月 至平・昭 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自平・昭 年 月 月 至平・昭 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自平・昭 年 月 月 至平・昭 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自平・昭 年 月 月 至平・昭 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等	職 務 内 容	在 職 期 間
	(現在または最終)			自 平成 年 月 至 平成 年 月 (在職中・退職)
	(その前)			自 平成 年 月 至 平成 年 月
	(その前)			自 平成 年 月 至 平成 年 月
	(その前)			自 平成 年 月 至 平成 年 月
それぞれの職種の免許・資格		平成 年 月 日 取得・取得見込み（○をしてください） 取得見込みの場合、日付は不要です。		
その 他の 免許・ 資格	免許・資格の種類			取得年月日
				昭・平 年 月 日
				昭・平 年 月 日
				昭・平 年 月 日
				昭・平 年 月 日
				昭・平 年 月 日

受験の動機・自己PRなど		
得意な科目・研究課題		
クラブ活動・スポーツ・文化活動等		
趣 味 ・ 特 技		
健 康 状 態		
<p>私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。          なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。          また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。</p> <p>平成    年    月    日</p> <p style="text-align: right;">氏名（自署）_____</p>	受 付 印	※

申込書記入上の注意

- 1 は該当するものをチェックしてください。
- 2 インクまたはボールペンで、ていねいに、漏れがないよう楷書で記入してください。
- 3 記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。