

平成 29 年度試験案内
長崎県島原病院職員(地方公務員)採用試験
(理学療法士)

1 募集する職種、採用予定人数及び受験資格

職種	採用予定人数	受験資格
理学療法士	若干名	昭和61年4月2日以降に生まれた方で、理学療法士免許を有する方、又は、平成30年春までに免許取得見込みの方

※採用人数は変動する場合があります。(試験の結果、合格者がいない場合もあります。)

※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

- ・ 成年被後見人又は被保佐人
- ・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を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
- ・ 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者

2 受付期間及び受験手続

受付期間	平成29年8月14日(月)～平成29年10月10日(火) 持参される場合は平日の午前9時から午後5時30分までで、土・日・祝日は休みです。 郵送される場合は10月10日(火)午後5時30分必着です。
受験の申込方法及び申込上の注意	1. 受験申込書 と 成績証明書 を長崎県島原病院へ提出してください。 <ul style="list-style-type: none">・ 所定の様式に必要事項を漏れなく自署で記載してください。・ 試験職種を記入して下さい。・ 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。 ※ 成績証明書 は新卒者(卒業見込みの方)のみ提出下さい。 ※ なお、受験票は発行しません。 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。 【受験申込書提出先】 送付先：〒855-0861 長崎県島原市下川尻町7895番地 長崎県島原病院 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。

個人情報の取扱	受験申込者から取得する個人情報は、職員を採用するという目的を達成するために利用するものであり、職員採用に係る業務に必要な範囲でしか利用しません。
---------	--

3 試験の日程等

試験内容	日時・場所	合格発表
【作文】(60分) 【適性検査】	平成29年10月14日(土) (9:30受付開始) 10:00～12:00 場所:長崎県島原病院	平成29年10月25日(水) 12:00～ 長崎県病院企業団及び長崎県島原病院のホームページに合格者の受験番号を掲載する
【面接】 ※グループ討議又は個別面接のいずれかの方式で行います。	平成29年10月14日(土) 12:30～ 場所:長崎県島原病院	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】

長崎県島原病院 総務係

電話 0957-63-1145

長崎県島原病院のホームページ (<http://www.shimabarabyoin.jp/>)

4 合格から採用まで

- (1) 試験に合格した方は、長崎県病院企業団職員として採用されます。
- (2) 採用予定日は、平成30年4月1日以降です。
(詳細は電話等で長崎県島原病院総務係(0957-63-1145)までお尋ねください。)
「免許取得見込みの方」については、取得後の採用になります。
- (3) 合格者で「免許取得見込みの方」については、平成30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。
- (4) 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。

5 給与、勤務条件等

(1) 給与等

初任給月額(29年4月1日現在)

理学療法士: 184,400円(大学4卒)、173,200円(短大3卒)

上記の初任給月額は、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、上記給料のほか、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。

(4) 福利厚生等

- 当院には、子どもを持つ職員が安心して働けるよう院内保育所を設けております。
- 当院は、敷地内全面禁煙となっております。

6 島原病院の概要

(1) 島原病院の理念：患者さん本人の立場に立った医療

(2) 島原病院がめざす医療：島原半島の中核病院として、地域医療の向上に貢献します。

● 地域医療支援病院

平成16年4月、長崎県内で2番目の地域医療支援病院として承認されました。

地域のかかりつけ医を支援するとともに、適切な役割分担と連携を推進し、地域医療の充実を図ります。

● 地域がん診療連携拠点病院

地域におけるがん診療連携の円滑な実施を図るとともに、質の高いがん医療の提供体制を確立するため厚生労働省が整備を進めている「地域がん診療連携拠点病院」に平成19年1月に指定されました。

● 診療機能の高度化

救急及び急性期医療を担う高い医療機能を備えた病院としての役割を担っており、地域のニーズに応えつつ、救急医療をはじめとした診療機能の充実に努めます。

● 高次脳卒中センター

平成21年3月、高次脳卒中センターとして認定されました。脳卒中等の患者さんに対して専門医の配置、救急体制の整備等により質の高い医療を提供するよう努めます。

7 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、対馬地域及び壱岐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。

8 その他

○ この試験についてのお尋ねは下記までお願いします。

〒855-0861 長崎県島原市下川尻町7895番地

長崎県島原病院 総務係 電話 0957-63-1145(代表)

長崎県島原病院案内図



※ 試験当日、自家用車で来場される方は、島原病院来客用駐車場を御利用ください。

所在地 島原市下川尻町7895

電話 0957-63-1145 (代表)

平成29年度 長崎県島原病院職員採用試験受験申込書

※欄は記入しないでください。

長崎県島原病院

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・平成 年 月 日 生（平成30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 月 至 平成 年 月 月 (在職中・退職)
	(その前)			自 平成 年 月 月 至 平成 年 月 月
	(その前)			自 平成 年 月 月 至 平成 年 月 月
	(その前)			自 平成 年 月 月 至 平成 年 月 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。