

令和2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 【診療放射線技師】

長崎県五島中央病院 〒853-0031 長崎県五島市吉久木町205番地

TEL 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 試験日 令和2年9月13日（日）

「試験日時、場所」については、新型コロナウイルス感染症の影響から変更になる場合があります。その際は、受験希望者にお知らせするほか、ホームページに掲載します。

2 受付期間 令和2年6月29日（月）～令和2年8月28日（金）

3 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
診療放射線技師	1名	長崎県 五島中央病院	それぞれの専門技術の業務	免許を有する方で昭和60年4月2日以降に生まれた方、または 免許取得見込の方で平成3年4月2日以降に生まれた方 ※有免許者については、本人の希望を考慮し協議のうえ 採用日を決定します。 ※免許取得見込の方は取得後の採用となります。

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
 - ・ 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 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
人物検査	面接試験
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。

5 試験の日程等

日 程	場 所	合格発表
令和2年9月13日（日） 受 付 9:00～9:30 論文試験 9:35～10:35 人物試験 10:45～	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	令和2年9月25日（金）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、不合格者ともに文書で通知します。

6 受付手続及び受付期間

受付期間	令和2年6月29日(月)～令和2年8月28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、土・日・祝日は受け付けません。 郵送される場合は8月28日(金)必着
申込用紙等請求先	申込用紙は五島中央病院総務係で交付します。 申込用紙を郵便で請求する際は、封筒の表に「診療放射線技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。) http://www.gotocyuoh-hospital.jp/
申込方法	(ア) 申込用紙には必要事項を記入し、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。

7 採用条件

- (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) 合格者で「免許取得見込みの方」については、令和3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。
- (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。

8 給与及び勤務条件等

- (1) 給与等
給料は、「長崎県病院企業団職員の給与の種類及び基準に関する条例」に基づき、学歴や職歴等を勘案して決定します。
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・期末勤勉手当等がそれぞれ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日の年次休暇、病気休暇、忌引休暇、産前産後休暇等があります。
※初年度の年次休暇は採用月により変動します。

9 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)

令和2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	試験職種 診療放射線技師	採用条件(どちらかに○をしてください)		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要です。 写真は申込みの際に必ず貼ってください。
		1. 令和3年4月1日採用 2. 中途採用(希望日を記載) 希望採用日: 令和 年 月 日		
ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (令和3年4月1日現在 満 歳)	
現住所 〒 ー (様方)				記入心得 4 3 2 1 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。 ※欄は記入しないでください。
電話番号		携帯番号		
(上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 ー (様方)				
合格通知書送付先電話番号		携帯番号		
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
			自平・令 年 月 至 平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
			自平・令 年 月 至 平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
			自平・令 年 月 至 平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
			自平・令 年 月 至 平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
職歴	勤務先の名称	職種等	職務内容	在職期間
				自平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)
				自平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)
				自平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)
				自平・令 年 月 至 平・令 年 月 (在職中・退職)
資格・免許	免許・資格の種類		取得年月日	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
志望動機、自己PRなど			特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等	
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	
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 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。 令和 年 月 日 氏名(自署) 印				受付印 ※