

## 三沢市会計年度任用職員募集要項



令和2年度任用の三沢市立三沢病院会計年度任用職員を次のとおり募集いたします。

募集職種	募集職種一覧表のとおり
試験日	令和2年7月16日（木）
試験場所	三沢市立三沢病院
選考方法	面接試験
申込期日	令和2年6月23日（火）から令和2年7月10日（金）まで 午前8時15分から午後5時まで ただし、土、日、祝日を除く（郵送申込みの場合は、7月10日（金）必着とします。）
受験申込書の請求	◎募集要項・申込書等は、令和2年6月23日から以下の方法で取得できます。 1 三沢市立三沢病院ホームページからダウンロード 2 三沢市立三沢病院事務局管理課庶務会計係にて配布 3 郵送で請求 4 ハローワーク三沢にて配布 ※郵送請求する際は、必ずご自分の宛先を記入し、120円分の切手を貼付した角2号の封筒を三沢市立三沢病院事務局管理課庶務会計係宛に送付してください。 この場合、希望する職種と連絡先（電話番号）を必ず明記してください。
提出書類	1 受験申込書（必要事項を記入） 2 受験票（郵便はがき（63円）に貼付け、宛先等必要事項を記入したもの） ※ 受験票は申し込み受付後、1週間以内に郵送します。 3 返信用封筒（長3号）に84円切手を貼付した宛先明記のもの
申込方法	申込みの際は、不備がないか確認のうえ、持参又は郵送によりお願いします。 ◎持参の場合 提出書類に必要事項を記入し、三沢市立三沢病院事務局管理課庶務会計係へ提出してください。 ◎郵送の場合 提出書類に必要事項を記入し、下記提出先へ郵送してください。
合格発表	選考後、受験者へ郵送で通知します。
任用期間等	合格者は、任用通知に記載の日から任用となります。 ※任用開始日から原則として1月間（15日以上勤務が必要）は、条件付採用期間となります。
注意事項	1 三沢市立三沢病院の関係規定に基づき任用いたします。 2 副業や兼職はできますが、地方公務員として信用失墜とならないよう一定の制限があります。 3 各職種とも市内に居住している方又は通勤可能な方に限ります。 4 申込みいただいた受験申込書等は返却いたしませんのでご了承ください。

提出先 お問い合わせ	三沢市立三沢病院 事務局管理課 庶務会計係 〒033-0022 三沢市大字三沢字堀口164-65 Tel. 0176-53-2161（内線2122）
---------------	--

募集職種一覧表

**A 医療【1日7時間・週35時間勤務】**

下記の資格及び要件に該当し、令和2年8月1日以降から就労可能な方。  
 給料月額は、三沢市立三沢病院での同職種の経験年数等により算出します。

職種番号	職種	予定人数	資格及び要件	職務内容	給与	勤務場所
A58	医師事務作業補助者	1	外来等で、医師の事務補助に対応できる方	電子カルテ代行入力、診断書等の文書作成補助等医師の事務補助に従事	月額145,961円 ～ 月額162,219円	三沢市立三沢病院

勤 務 条 件

任用期間	任用開始日から令和3年3月31日まで 試験により次年度の継続任用あり	有給休暇	年次有給休暇（任用月数×1日を付与） 夏季休暇、服忌休暇等
条件付採用期間	あり【任用後1月間（15日以上勤務が必要）】	各種手当	期末手当（賞与）・通勤手当
勤務時間	1日7時間、1週間35時間の勤務となります。	社会保険等	社会保険と雇用保険の被保険者となります。
勤務しない日	土日祝日及び12月29日から翌年1月3日まで（場合により休日出勤あり）		

# 三沢市会計年度任用職員 受験申込書(個人カード)

番号 -

- 《 記 入 上 の 注 意 》
- 1 記載事項に不正があると、任用資格を失うことがありますので十分注意してください。
  - 2 記入にあたっては、黒ボールペンを使用し、文字は楷書で丁寧に記入してください。  
ただし、消えるボールペンでの記入は、本申込書を無効とみなします。
  - 3 数字は算用数字を、生年月日、期日等については和暦を使用してください。
  - 4 記入欄が足りない場合は、適宜別紙を添付してください。(申込書には用紙等を切り貼りしないでください)
  - 5 資格が必要な職種に申込する場合は、資格書の写し(A4判)を添付してください。

職種番号		職種名			(写真欄)
ふりがな					サイズは 縦4cm、横3cm
氏名					帽子をかぶらずに 正面から上半身を 撮影したもの 3ヶ月以内に撮影 したもの
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	性別	男・女	令和 年 月 撮影
現住所	〒 -		送付先	※現住所以外への送付を希望する場合に記入 〒 -	
連絡先	( ) -		緊急時	( ) -	
学歴 (所在地は、市区町村名まで記入してください。)					
学校名	学部・学科名	所在地	期 間		修業区分○で囲む
中学校	-		昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで		卒業 ・ 見込 修子 ・ 中退
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで		卒業 ・ 見込 修了 ・ 中退
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで		卒業 ・ 見込 修了 ・ 中退
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで		卒業 ・ 見込 修了 ・ 中退
職歴 (直近のものを古い順に上から4つ記入、所在地は、市区町村名まで記入してください。)					
※ 勤務先名が「三沢病院」の場合は、同欄に所属所名まで記入してください。					
※ 技師、看護師など業務遂行上、資格が必要となる職種を受験される方は、資格を取得した後の職歴をすべて記入してください。(別紙可)					
勤務先名	仕事の内容	所在地	期 間		離 職 理 由
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで		
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで		
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで		
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで		

資格・免許	名称	取得年月	交付機関名
		昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月	
長所・短所		趣味・特技	
本職の志望動機・理由			
自己PR			
最近関心をもったこと			
以下該当する番号に○をしてください。			
三沢市立三沢病院での勤務経験(ある場合は、令和2年3月末までの年数を記入)			
1 ある (経験年数 年 月)			
2 ない			
可能な通勤手段(複数回答可)			
1 徒歩    2 自動車    3 自転車    4 公共交通機関			
5 その他 ( )			
土日祝日の勤務について			
1 できる    2 時々ならでき    3 できない			
18時以降の勤務について			
1 できる    2 時々ならでき    3 できない			
パソコン操作について			
1 ほとんど使用できない。			
2 パソコンの基本操作(インターネット検索等)ができる。			
3 Word、Excelなどで簡単な文字、数値の入力程度ができる。			
4 Word、Excelなどで複雑な文書、関数等の表が作成できる。			

上記の通り、記入内容に相違ありません。

令和 年 月 日 (署名)

印

2

# 受 験 票

病

受験番号 A-

職種番号	A 5 8	職種名	医師事務作業補助者
氏名			

※太枠部分に必要な事項を記入してください。

### ◎ 面接試験

令和 2年 7月 16日(木) 午後2時  
受付時間 午後1時50分 ~ 午後1時55分

◎受付場所 三沢病院 2階 管理課

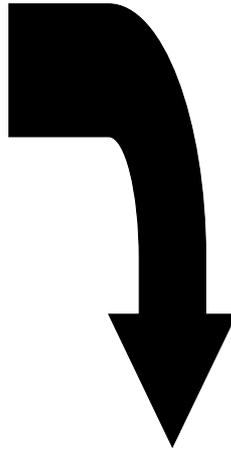
### 注 意 事 項

- 1) 指定された受付時間内に受付しない方は、受験を辞退したものとみなします。
- 2) 三沢病院の駐車場が利用できますが、有料となります。
- 3) 郵便はがきに郵便番号・住所・氏名を記入のうえ、裏面にこの受験票を貼り付けてください。

《連絡先》 〒033-0022 青森県三沢市大字三沢字堀口164-65  
三沢市立三沢病院管理課庶務会計係  
TEL 0176(53)2161(内線2122)

外枠の点線で切り取ってください。

外枠の点線で切り取ってください。



## 記入例

### 【表面】

63	□□□-□□□□
○	○市
○	○町
○	○丁目
○	1
様	2

### 【裏面】

受験票の太枠に必要な事項を記入し、この面にはがれないように貼り付けしてください。