

障がい者等を対象とした三沢市会計年度任用職員募集要項



障がい者等を対象とした令和6年度任用の三沢市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	三沢市立三沢病院が指定する日
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6年3月4日（月）から募集定員に達するまで 午前8時15分から午後5時まで ただし、土、日、祝日を除く
受験資格	下記「提出書類3～5」記載の手帳等の交付を受けている方 ※試験当日には、確認のために原本を持参してください。
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） 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 4 身体障害者手帳又は障害者の雇用の促進等に関する法律別表に掲げる身体障害を有する旨の診断書・意見書の写し（A4判） 5 愛護手帳（療育手帳）又は知的障害者であることの判定書の写し（A4判） 6 精神障害者保健福祉手帳の写し（A4判） ※提出書類1～3はそれぞれ提出していただきます。 提出書類4～6はいずれか該当するものを提出していただきます。 ※ご提出いただいた手帳の写し等については、障害者の雇用の促進等に関する法律に基づき青森労働局へ報告する「障害者である職員の任免に関する状況の通報」に係る確認書類として用いることに同意したものとさせていただきます。
受験申込書の請求	◎募集要項、申込書等は、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 ※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。
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、受験者に郵送で通知します。
任用期間等	合格者は、任用通知に記載の日から令和7年3月31日までの任用となります。 また、試験により次年度の継続任用もあります。 ※任用開始日から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 兼業は可能ですが、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 令和5年度まで会計年度任用職員であった方も受験できます。 4 申込みはいずれかひとつの職種に限ります。 5 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。 6 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） / FAX 0176-52-6023 E-Mail contact.kanrika@hospital.misawa.aomori.jp
---------------	--

I 障がい者【1日6時間・週30時間勤務】

下記の資格及び要件に該当し、任用通知に記載の日から令和7年3月31日まで就労可能な方。
給料月額は、三沢市立三沢病院の関係規定により算出します。

職種番号	職 種	予定 人数	資格及び要件	職務内容	給料	年間支給額 (賞を含む)	勤務場所
171	事務・作業補助員	2	接客又は各種事務及び作業の補助に対応できる方	事務補助、書類整理、環境整備など	月額125,496円 ～ 月額134,400円	1,864,868円 ～ 2,204,160円	三沢市立 三沢病院

※ 上記の年間支給額のほかに、通勤距離等に応じて通勤手当及び勤務内容に応じて特殊勤務手当等が支給となります。

※ 身体障がい者手帳等の交付を受けている方が対象となります。

勤 務 条 件			
任用期間	任用通知に記載の日から令和7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 任用開始日に応じて0～12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	期末手当及び勤勉手当（賞与）・通勤手当・特殊勤務手当等
勤務時間	1日6時間、1週間30時間の勤務となります。	社会保険等	青森県市町村職員共済組合に加入し、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 》

- 記載事項に不正があると、採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。
- 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。
- 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。
- 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)
- 障害者手帳等のコピー一部(A4判)を添付してください。

職種番号		職種名				(写真欄) サイズは 縦4cm、横3cm 帽子をかぶらずに 正面から上半身を 撮影したもので 6ヶ月以内に撮影 したもの
ふりがな						
氏名						
生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳) ※申込日現在	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	【携帯】	-	-	緊急時	【連絡先】	- -
	【自宅】	-	-		(氏名)	(続柄)
障害名				障害の程度 (障害の等級など)	級	
○現在、ご自身の障害(病気)のためにかかっている病院はありますか。(はいと回答した方は、通院頻度をご記入ください。)						
はい (年 回 / 月 回 / 週 回) ・ いいえ						
○現在、ご自身の障害(病気)のため、仕事をやる上で困ることや配慮してほしいことはありますか。【設備・勤務条件等】						
【聴覚に障害がある方のみ】面接の実施方法について、いずれか希望する方に○をつけてください。						
手話通訳による面接 ・ 筆談による面接						
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	
			昭・平・令 年 月 から	昭・平・令 年 月 まで	卒業 ・ 卒業見込 中退	
			昭・平・令 年 月 から	昭・平・令 年 月 まで	卒業 ・ 卒業見込 中退	
職歴 (直近のものを古い順に上から3つ記入。勤務先名が三沢市役所の場合は、所属所名まで記入。所在地は、市区町村名まで記入。)						
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		

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	
		昭・平・令 年 月	
長所:	趣味:		
短所:	特技:		
この職種を志望したきっかけ			
自分の長所や特技を仕事にどう生かしたいか			
ストレスの解消方法			
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6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 家族等による送迎			
6 その他 ()			
土日祝日の勤務について			
1 できる 2 時々ならできる 3 できない			
18時以降の勤務について			
1 できる 2 時々ならできる 3 できない			
パソコン操作について			受付欄
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 (自署) _____			

6

受験票



受験番号 -

職種番号		職種名	
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 年 月 日 () 午前・午後

受付時間 : ~ :

◎ 受付場所 三沢市立三沢病院 2階 管理課

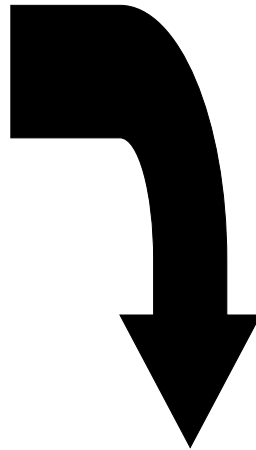
注 意 事 項

- 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。
※待機場所がないため、受付時間前の案内等は対応いたしかねます。
- 2) 三沢市立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。