

## 令和2年度国保大間病院 会計年度任用職員登録職員の募集について

### ◎ 登録職員とは

当院指定申込書類を提出した時点で、会計年度任用職員希望者として登録されます。会計年度任用職員が必要となった時点で、登録者の中から履歴書による書類選考を行い、選ばれた方に対し面接試験（事務職員はパソコン実技及び小論文試験、看護師は小論文試験もあります）のご連絡を致します。後日試験を実施し可否を決定します。なお、一度登録されますと当該年度3月31日まで会計年度任用職員希望者として登録されます。

### ◎ 募集職種

看護師又は 准看護師	助手（看護、薬剤）	事務職員（医療）	調理員	清掃作業員
---------------	-----------	----------	-----	-------

### ◎ 応募資格

- ・看護師又は准看護師は免許を有する方
- ・助手は高校卒業以上の方
- ・事務職員は高校卒業以上の方でパソコン（ワード・エクセル）ができる方
- ・調理員及び清掃作業員は中学校卒業以上の方
- ・心身共に健康で、病院の仕事に理解と情熱のある方（全職種共通）

ただし、いずれの職種も日本国籍を有しない方、自力により通勤が出来ない方、介護者なしに職務の遂行が困難な方及び地方公務員法第16条に規定する次に掲げる方は受験できません。

- ①成年被後見人又は被補佐人
- ②禁錮刑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方
- ③一部事務組合下北医療センター職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない方
- ④日本国憲法施行の日以後において、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、又はこれに参加した方

### ◎ 登録期間

令和2年8月3日から令和3年3月31日（当該年度3月31日まで会計年度任用職員希望者として登録されます。）

### ◎ 登録受付

令和2年8月3日から随時受付致します。（但し、土、日曜日、祝日を除く）

なお、受付時間は午前8時15分から午後5時00分までとなります

### ◎ 受付方法

病院指定の申込書類を大間病院総務係まで、本人持参で提出して下さい。但し、何らかの理由で持参できない場合は、郵送等による提出でもかまいません。

病院指定の申込書類は大間病院総務係にあります。

### ◎ 任用（採用）方法

登録された方の中から書類選考により選ばれた方に対し、面接試験（事務職員はパソコン実技及び小論文試験、看護師は小論文試験もあります）を行い決定します。

※ 詳しくは大間病院総務係に問い合わせ下さい。

問合せ先

大間病院総務係 電話 0175-37-2105

## 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員公募申込書

大間病院会計年度任用職員登録職員として、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

### 記

#### 1、 添付書類

- |  |    |
|--|----|
| ・ 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員申込（履歴）書           | 1部 |
| ・ 看護師、准看護師、調理師等免許証の写し（有資格者のみ）            | 1部 |
| ・ 助手（看護、薬剤）事務職員（医療、一般）は高校卒業証書の写しか卒業見込証明書 | 1部 |
| ・ 調理員、清掃員は中学校卒業証書の写しか卒業見込証明書             | 1部 |

#### 2、 条 件

令和2年8月3日付けの大間病院公示「令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員の募集」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター  
国民健康保険大間病院  
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊟

令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院会計年度任用職員登録職員申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけな  
いで、正面から上半  
身を写した縦4cm、横  
3cmの大きさのものを  
糊でしっかり貼って  
ください。

試験職種	看護師又は准看護師	受験番号	※
ふりがな 氏名			性別 男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成	年	月 日 生(満 歳) 申込時現在

現住所	〒 _____ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。
	電話 ( ) - _____

連絡先	〒 _____ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。
	氏名 _____ 電話 ( ) - _____

趣味・特技	
-------	--

志望動機	
------	--

	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間	区 分(○で囲む)
学	中学校	—	—	昭・平 年 月から	卒・見込・中退
				昭・平 年 月まで	
歴				昭・平 年 月から	卒・見込・中退
				昭・平 年 月まで	
				昭・平 年 月から	卒・見込・中退
				昭・平 年 月まで	
				昭・平 年 月から	卒・見込・中退
				昭・平 年 月まで	

本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)


免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

## 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員公募申込書

大間病院会計年度任用職員登録職員として、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

### 記

#### 1、 添付書類

- ・ 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員申込（履歴）書 1部
- ・ 看護師、准看護師、調理師等免許証の写し（有資格者のみ） 1部
- ・ 助手（看護、薬剤）事務職員（医療、一般）は高校卒業証書の写しか卒業見込証明書 1部
- ・ 調理員、清掃員は中学校卒業証書の写しか卒業見込証明書 1部

#### 2、 条 件

令和2年8月3日付けの大間病院公示「令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員の募集」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター  
国民健康保険大間病院  
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊟

令和2年度 一部事務組合下北医療センター					
大間病院会計年度任用職員登録職員申込(履歴)書					
試験職種	助手(看護・薬剤)	受験番号	※		
ふりがな氏名			性別	男・女 (○で囲む)	
生年月日	昭和 平成	年	月	日	生(満歳) <small>申込時現在</small>
現住所	〒 _____ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。				
	電話 ( ) - _____				
連絡先	〒 _____ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。				
	氏名 _____ 電話 ( ) - _____				
趣味・特技					
志望動機					
学歴	学校名	学部	学科	在学期間	区分(○で囲む)
	中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)					

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけな  
いで、正面から上半  
身を写した縦4cm、横  
3cmの大きさのものを  
糊でしっかり貼って  
ください。

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

## 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員公募申込書

大間病院会計年度任用職員登録職員として、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

### 記

#### 1、 添付書類

- |  |    |
|--|----|
| ・ 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員申込（履歴）書           | 1部 |
| ・ 看護師、准看護師、調理師等免許証の写し（有資格者のみ）            | 1部 |
| ・ 助手（看護、薬剤）事務職員（医療、一般）は高校卒業証書の写しか卒業見込証明書 | 1部 |
| ・ 調理員、清掃員は中学校卒業証書の写しか卒業見込証明書             | 1部 |

#### 2、 条 件

令和2年8月3日付けの大間病院公示「令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員の募集」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター

国民健康保険大間病院

副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊟



令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院会計年度任用職員登録職員申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけな  
いで、正面から上半  
身を写した縦4cm、横  
3cmの大きさのものを  
糊でしっかり貼って  
ください。

試験職種	事務(医療)	受験番号	※
ふりがな 氏名		性別	男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成	年 月 日	申込時現在 生(満 歳)

〒 \_\_\_\_\_ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。

電話 ( ) -

〒 \_\_\_\_\_ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) -

趣味・特技

志望動機

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間	区 分(○で囲む)
		中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退

本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

## 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員公募申込書

大間病院会計年度任用職員登録職員として、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

### 記

#### 1、 添付書類

- |  |    |
|--|----|
| ・ 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員申込（履歴）書           | 1部 |
| ・ 看護師、准看護師、調理師等免許証の写し（有資格者のみ）            | 1部 |
| ・ 助手（看護、薬剤）事務職員（医療、一般）は高校卒業証書の写しか卒業見込証明書 | 1部 |
| ・ 調理員、清掃員は中学校卒業証書の写しか卒業見込証明書             | 1部 |

#### 2、 条 件

令和2年8月3日付けの大間病院公示「令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員の募集」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター  
国民健康保険大間病院  
副管理者 金 澤 満 春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊟

令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院会計年度任用職員登録職員申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけず、正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの大きさのものを糊でしっかり貼ってください。

試験職種	調理員	受験番号	※
ふりがな 氏名			性別 男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成	年 月 日	申込時現在 生(満 歳)

〒 \_\_\_\_\_ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。

電話 ( ) - \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) - \_\_\_\_\_

趣味・特技

志望動機

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間	区 分(○で囲む)
		中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退

本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印

## 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員公募申込書

大間病院会計年度任用職員登録職員として、下記条件を了承の上、次の書類を添えて申し込みいたします。

### 記

#### 1、 添付書類

- ・ 令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員申込（履歴）書 1部
- ・ 看護師、准看護師、調理師等免許証の写し（有資格者のみ） 1部
- ・ 助手（看護、薬剤）事務職員（医療、一般）は高校卒業証書の写しか卒業見込証明書 1部
- ・ 調理員、清掃員は中学校卒業証書の写しか卒業見込証明書 1部

#### 2、 条 件

令和2年8月3日付けの大間病院公示「令和2年度大間病院会計年度任用職員登録職員の募集」のとおりとする。

一部事務組合下北医療センター  
国民健康保険大間病院  
副管理者 金澤満春 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊟

令和2年度 一部事務組合下北医療センター

大間病院会計年度任用職員登録職員申込(履歴)書

(写真欄)

写真は、6ヶ月以内のもので帽子をつけな  
いで、正面から上半  
身を写した縦4cm、横  
3cmの大きさのものを  
糊でしっかり貼って  
ください。

試験職種	清掃員	受験番号	※
ふりがな 氏名			性別 男・女 (○で囲む)
生年月日	昭和 平成	年 月 日	申込時現在 生(満 歳)

〒 \_\_\_\_\_ アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください。

電話 ( ) - \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 現住所以外の連絡先(実家等)があれば記入してください。

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) - \_\_\_\_\_

趣味・特技

志望動機

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	在 学 期 間	区 分(○で囲む)
		中学校	—	—	昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退
				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・見込・中退

本人希望記入欄(勤務日・勤務時間・その他について希望があれば記入)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

免許・資格(この試験に必要な資格・免許は必ず記入してください。)							
名 称		取得・見込区分		取得又は取得見込年月日			
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
		取得済・取得見込		年	月	日	
家 族 構 成							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
経 歴 (今までの一切の勤務の経歴を、古い順に詳しく書いて下さい。自家営業も含む。)						<input type="checkbox"/> 経歴なし	
勤務先の名称	所 在 地	仕事の内容	身 分	在 職 期 間			
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
				昭・平・令	年	月	日から
				昭・平・令	年	月	日まで
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>							
記入心得 (注意事項)	1、 自筆で記入してください。 2、 ※印は記入しないでください。 3、 青か黒の万年筆かボールペンで記入してください。 4、 記載欄が不足な場合は、適宜用紙を貼ってください。 5、 記載内容に虚偽が見つかった場合は、採用を取り消すことがあります。						
※受付日	令和	年	月	日	※受付係印		※受験票 交付済印