

公立甲賀病院組合医療技術職員採用試験公告

公立甲賀病院組合医療技術職員採用試験を次のとおり行います。

平成 30 年 6 月 26 日

公立甲賀病院組合
管理者 谷畑 英吾

1 区分および採用予定人員

試 験 区 分	採 用 予 定 人 員
理学療法士	若干名

2 受験資格

(1) 次に該当するものが受験できます。

理学療法士	学歴	不 問
	年齢	昭和 63 年 4 月 2 日以降に生まれた者
	免許	理学療法士の免許を有する者又は平成30年度に実施される国家試験において理学療法士の免許を取得見込みの者

(2) 次のいずれかに該当する者は受験できません

ア 成年被後見人及び被保佐人

イ 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

ウ 公立甲賀病院組合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

エ 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、又はこれに加入した者

3 試験

(1) 日時および場所

試験日時 平成 30 年 8 月 16 日（木） 13 時 00 分から受付
13 時 20 分から開始

試験場所 公立甲賀病院
滋賀県甲賀市水口町松尾 1256 番地

(2) 方法

- ア 筆記試験（理学療法士としての一般知識）
- イ 作文試験
- ウ 面接試験

(3) 結果発表

平成 30 年 8 月 28 日（火）頃に合格者に通知
公立甲賀病院前の掲示板及びホームページに受験番号で発表

4 勤務の条件

- (1) 採用の時期 有資格者 平成 30 年 10 月 1 日以降（相談に応じます）
免許取得見込者 平成 31 年 4 月 1 日

(2) 給与等

- ア 給与は月額 187,800 円以上で経験により決定
（平成 30 年 4 月 1 日現在）
その他に扶養手当、通勤手当、時間外手当、期末勤勉手当等
- イ 昇給 原則 毎年 1 回

(3) 勤務時間、休暇等

- ア 勤務時間 原則として 8 時 30 分～17 時 15 分
- イ 休日は、原則として土、日、祝日、
年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）
交代にて、出勤日 有
- ウ 年次有給休暇 初年 4 月採用の場合 15 日間、次年より 20 日間
特別休暇制度 有

5 受験手続

(1) 申込用紙請求先

〒528-0074 滋賀県甲賀市水口町松尾 1256 番地

公立甲賀病院 人事課

封筒に「採用試験（理学療法士）申込書請求」と朱書きし、返信用封筒（角形 2 号封筒に 120 円切手を貼付し、宛先を明記したもの）を同封すること

公立甲賀病院のホームページからダウンロード可

(2) 受験申込

ア ・申込書・・・必要事項を記入

受験票（6ヶ月以内に撮影した写真を貼付）

・免許所有者 下記のイ・ウ

・免許取得見込み者 下記のイ・エ

イ 履歴書（6ヶ月以内に撮影したものを貼付）1 通

ウ 理学療法士免許証（写し）1 通

エ 卒業（見込み）証明書及び成績証明書 各々 1 通

※インターネットでの受付はしていません。

※郵送の場合・・・簡易書留にて

「採用試験（理学療法士）申込書在中」と朱書、返信用封筒（長形 3 号封筒に 82 円切手を貼付、（宛先も明記）を同封

(3) 受験票の交付

申込書受理後、受験票を交付

郵便による申込者には本組合到着後、当日（到着日が土・日・祝日の場合は次の平日）に受験票を送付

6 受付期間

平成 30 年 6 月 26 日（火）から平成 30 年 8 月 10 日（金）

期間の執務時間中（郵送の場合、平成 30 年 8 月 10 日（金）17 時必着）

職員採用試験申込書

(フリガナ)		2. 生年月日		3. 性別	4. 試験区分	* 申込市町村名	* 受験番号
1. 氏名		年 月 日			理学療法士	公立甲賀病院組合	
5. 現住所							
(フリガナ)							
1. 氏名							
きりりはなしではいけません							
郵便番号							
電話番号		緊急時連絡先 (または携帯電話番号)		方			
〒		---		---			
6. 試験結果通知の送付先 (現住所と異なる場合のみ記入)							
〒		---		---			
電話番号							

7. 免許・資格・検定・特技 * 免許等取得年次(見込み)もご記入ください。							

8. 誓約							
私は、職員採用試験を受験したいので、次のとおり誓約のうえ本書をもって申し込みます。							
(1) 私は、職員採用試験公告に定められた受験資格を有する者に相違ありません。							
(2) 私は、職員採用試験公告に定められた受験できない者に該当いたしません。							
(3) この申込書の記載事項は事実相違ありません。							
平成 年 月 日							
氏名							
印							
* 必ず氏名を記入し、印鑑を押して下さい。							

受験票

1. 試験区分	* 申込市町村名	* 受験番号
理学療法士	公立甲賀病院組合	
(フリガナ)		
1. 氏名		
きりりはなしではいけません		
* 受付印		
(写真欄)		
1. 写真は申込の際に貼って下さい。		
(サイズ 5 × 4 cm)		
3. 写真は最近6ヶ月以内に撮影の脱帽、正面向き、上身のものを、ノリを全面につけて貼って下さい。		
4. 試験当日この欄に写真を貼っていない場合、受験できなくなることがあります。		
平成 年 月 撮影		
* 試験日時	平成30年8月16日(木) 13時00分から受付	
	13時20分から開始	
* 試験会場	公立甲賀病院	
	〒528-0074 滋賀県甲賀市水口町松尾1256	
	(Tel 0748-62-0234)	