

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5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	令和5年2月4日（土）又は令和5年2月5日（日）のいずれかの日で三沢市が指定する日
試験場所	三沢市立三沢病院
選考方法	面接試験又は書類選考 ※申込状況等を勘案し、いずれかの方法で実施します。
申込期日	令和5年1月6日（金）から令和5年1月20日（金）までの午前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、1月20日（金）必着とします。）
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 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 3 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） 4 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） 5 精神障害者保健福祉手帳の写し（A4判） ※提出書類1、2はそれぞれ提出していただきます。 提出書類3～5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。
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。
受験票等の送付	申込受付終了後、面接試験又は書類選考のいずれを実施するかを決定し、 <u>面接試験の対象者のみ</u> 、令和5年2月1日（水）までに受験票を郵送します。 なお、面接試験を実施せず書類選考を実施する場合は、その旨郵送で通知します。
合格発表	令和5年2月中旬以降に受験者に郵送、三沢市立三沢病院ホームページに掲載予定
任用期間等	合格者は、令和5年4月1日から令和6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。（昨年度に引き続き、再度の任用となった方も同様です。） ※任用されない方のうち一部の方は、令和4年度中、三沢市病院会計年度任用職員待機者名簿に登録され、欠員が生じた場合など、必要に応じて随時任用する場合があります。
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4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
---------------	--

募集職種一覧表

F 障がい者【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5年4月1日から令和6年3月31日まで就労可能な方。 給料月額、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 (期末手当含む)	勤務場所
F61	事務補助員	2	接客又は各種事務及び作業の補助に対応できる方	看護補助、事務補助などに従事	月額135,574円 ～ 月額145,961円	1,838,383円 ～ 2,101,838円	三沢市立 三沢病院
F62	作業補助員	1	各種作業に対応できる方	滅菌業務等に従事	月額135,303円 ～ 月額145,870円	1,834,709円 ～ 2,100,528円	

※ 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	令和5年4月1日から令和6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（初年度は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（賞与）・時間外勤務手当・ 通勤手当・特殊勤務手当等
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	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1部(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 撮影したもので 6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	【携帯】 - - 【自宅】 - -	緊急時	【連絡先】 - - (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、仕事をす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「三沢病院」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		

