三沢市立三沢病院会計年度任用職員募集要項

病

令和７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７年５月２７日（火）
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７年５月１３日（火）から令和７年５月２２日（木）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、５月２２日（木）必着とします。）
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（８５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１１０円切手を貼付した宛先明記のもの
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、１４０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、令和７年６月１６日から令和８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　勤務時間が１日７時間４５分の方以外については、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　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）　／　FAX　0176−52−6023 E-Mail　contact.kanrika@hospital.misawa.aomori.jp

募集職種一覧表

区分	職種番号	職種名	募集人数
事務	G72	事務補助員	2
		計	2

G　医療・事務【１日５時間・週２５時間勤務】

下記の資格及び要件に該当し、令和７年６月１６日から令和８年３月３１日まで就労可能な方。

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（賞与含む）	勤務場所
G72	事務補助員	2	接客、パソコン操作、事務処理等に対応できる方	事務補助（受付業務、窓口対応含む）	月額118,387円 ～ 月額127,612円	1,770,772円 ～ 2,111,978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。

勤　務　条　件			
任用期間	令和７年６月１６日から令和８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１０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５時間、１週間２５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）		

三沢市立三沢病院会計年度任用職員　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） 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】　　－　　－ 【自宅】　　－　　－	緊急時	【連絡先】　　－　　－ （氏名）　　（続柄）		

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
			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。
※　職種番号が「 A51, A52, A61, A63, A65, C51, C61, C62, C63, G53, G61, G63 」の方は、試験に必要な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	

	名　称	取 得 年 月	交 付 機 関 名
資格・免許		昭・平・令　　年　　月	
		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〇をしてください。

三沢市立三沢病院での勤務経験(ある場合は、令和7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

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。

受 付 欄

上記の通り、記入内容に相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　(自署)

三沢市立三沢病院会計年度任用職員任用試験

7

受　験　票

病

受験番号	－

職種番号		職種名	
氏名			

※太枠部分に必要事項を記入してください。

◎ 面接試験

令和　7年　5月　27日(火)　午後

受付時間　午後　時　分 ～ 午後　時　分

◎受付場所　三沢市立三沢病院　2階　管理課

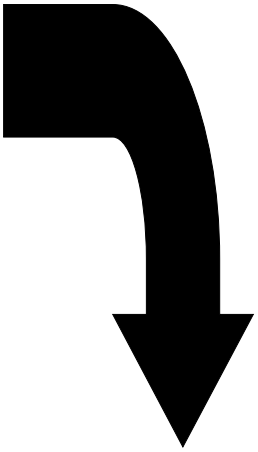
注　意　事　項

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】

85

□□□-□□□□

○○市○○町○丁目1-2

○○○○様

【裏面】

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