

看護師 募集要項

令和3年10月20日

1. 募集職種・応募資格等

職種	採用予定数
看護師	若干名
応募資格	①～③のすべての要件を満たす方 ① 看護師免許を有する方、又は令和4年3月に取得見込みの方 ② 1977（昭和52）年4月2日以降に生まれた方 [年齢制限理由]雇用対策法施行規則第1条の3第1項第3号のイの規定による ③ 夜勤ができる方 ※令和3年4月1日以降実施の採用試験受験者は応募できません。

2. 試験日・申込期間・試験内容等

試験日	令和3年11月27日（土） 実施時間については、各試験の申込締切後にお知らせします。
申込期間	令和3年10月13日（水）～ 令和3年11月19日（金）
適性テスト 〆 切	令和3年11月22日（月） インターネットが利用可能なパソコン・スマートフォン等から事前に適性テストを受検していただきます（事前に応募者を選考するものではありません）。 詳細については、申込締切後にメールにてご連絡いたします。
試験内容	【作文試験】 課題に対する理解力、文章表現力、総合的判断力、思考力等をみるための作文試験（メールにて事前提出） 【人物試験】 個別面接による試験（リモートで実施） ※新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、当面の間、Web上で行います。
結果発表	令和3年12月1日（水） 合格者の受験番号を当機構ホームページ(http://www.nmh.jp/)に掲載するほか、受験者には文書にて結果をお知らせいたします。

3. 提出書類・応募方法

		看護師免許を 令和4年3月に取得見込みの方	看護師免許を 有する方
		提出書類	① 採用試験申込書 ② 受験票 ③ 成績証明書 ④ 84円切手を貼付した長形3号の返信用封筒 ※宛先を明記してください。
申込方法	郵送	(1) 提出書類を封筒に入れ、封筒の表に「看護師採用試験申込」と朱書し、特定記録郵便又は簡易書留扱いにして郵送してください。 (2) 各試験の申込期間最終日必着。	
	持参	(1) 地方独立行政法人長崎市立病院機構事務部総務課人事係（長崎みなとメディカルセンター2階）に直接持参してください。 (2) 受付期間：午前9時～午後5時（土日、祝日を除く）	
採用試験申込書等の配布		長崎みなとメディカルセンターのホームページから入手できます。 (http://shibyو.nmh.jp/) 郵便で採用試験申込書等を請求する場合は、封筒の表に「看護師試験案内請求」と朱書し、120円切手を貼った宛先明記の返信用封筒（角形2号封筒）を同封し郵送してください。	
提出先		〒850-8555 長崎市新地町6番39号 地方独立行政法人長崎市立病院機構 事務部総務課人事係 採用担当	

<来院制限を設けておりますので、次に該当する方は持参による申し込みをお控えください。>

- ・長崎県外在住の方
- ・持参する日より2週間以内に長崎県外へ移動歴がある方
- ・持参する日より2週間以内に長崎県外の方、及び長崎県外へ移動歴がある方と接触がある方
- ・新型コロナウイルス感染症陽性者の濃厚接触者にあたる方

4. 処 遇

処遇については、地方独立行政法人長崎市立病院機構の各規程等に基づきます。

以下は、現在の規程に基づく内容です。採用までに規程等の改正が行われた場合は、その定めるところによります。

◆ 給与・手当 ※下記は初任給の給与モデルです。経験に応じて別途加算があります。

学歴区分		看護師		
		大学	3年課程	2年課程
給与モデル	基本給 (地域手当含む)	204,249 円	194,567 円	185,915 円
	夜間勤務手当 (4回分)	9,100 円	8,680 円	8,288 円
	夜間看護手当 (4回分)	29,200 円	29,200 円	29,200 円
	月額合計	242,549 円	232,447 円	223,403 円
諸手当	住宅手当	上限額 27,000 円/月 ※支給要件に応じて支給		
	通勤手当	上限額 55,000 円/月 ※支給要件に応じて支給		
	その他	扶養手当、特殊勤務手当、時間外勤務手当 等		
期末手当・勤勉手当 (賞与)		年 2 回 (令和 2 年度実績 年間 3.95 月分)		

◆ 勤務時間・休日・福利厚生

勤務時間	勤務体制： 変則 2 交代制 就業時間： 週 38 時間 45 分 日勤 8 : 15 ~ 17 : 00 日勤 (ロング) 8 : 15 ~ 20 : 00 夜勤 19 : 15 ~ 8 : 45 ※勤務時間は病棟により若干異なる場合があります。 休 日： 4 週 8 休
休暇等	年次有給休暇：年間 20 日 (4 月 1 日採用者は 15 日) その他：暑期休暇、病気休暇、産前産後休暇、忌引、結婚休暇、 育児休業、介護休暇 等
福利厚生	長崎県市町村職員共済組合 (健康保険、年金)、雇用保険、 地方公務員災害補償基金 (労災)、長崎市職員互助会加入 院内保育施設あり

5. その他

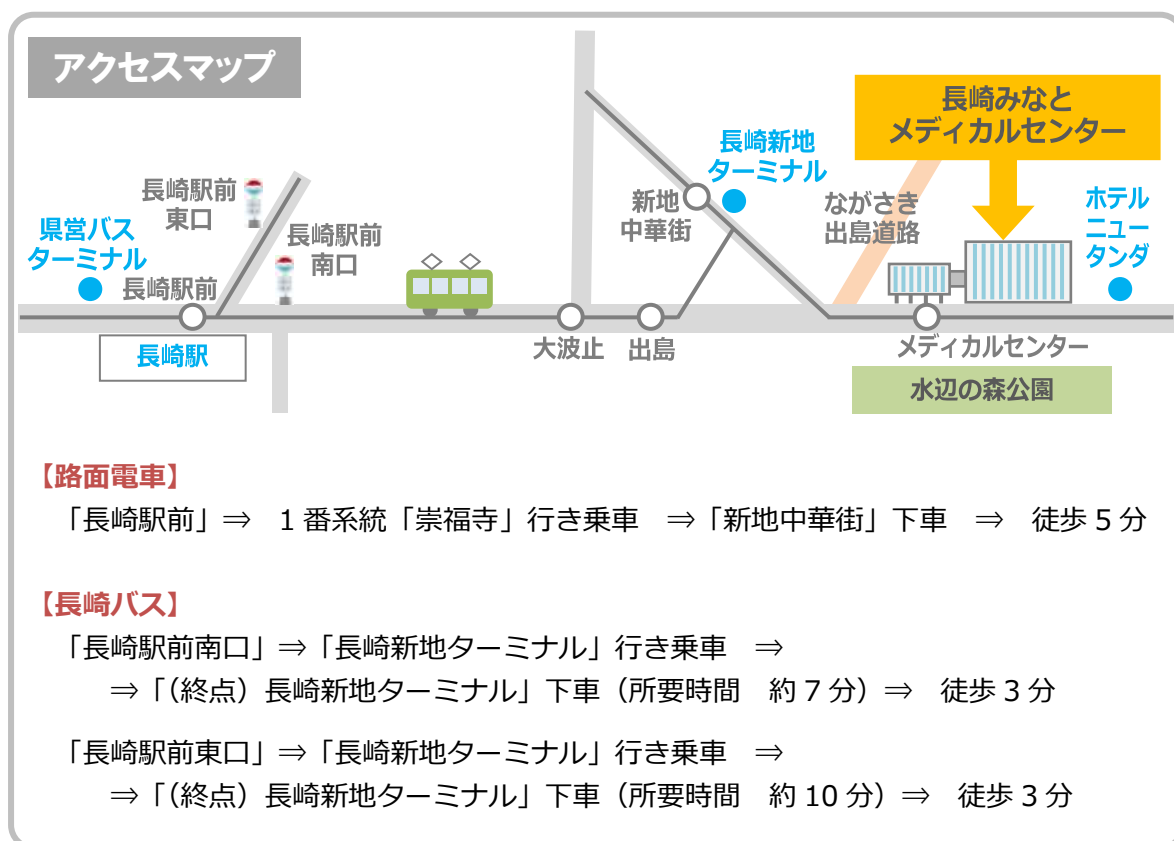
◆ 合格から採用まで

- (1) 最終合格者は、原則として令和4年4月1日付けで地方独立行政法人長崎市立病院機構の正規職員（身分は公務員ではありません。）として採用されます。
- (2) 受験資格がないことが判明した場合及び令和4年3月に免許取得見込みの者が免許を取得できなかった場合は、内定を取り消します。また、申込書の記載事項が正しくないことが判明した場合は、内定を取り消すことがあります。

◆ 試験関係情報の緊急連絡について

大雨・台風等による日程変更や、その他の緊急連絡は、長崎みなとメディカルセンターのホームページ「お知らせ」欄に掲載します。

6. 試験会場案内 ※今回は WEB で実施しますので、お越しいただく必要はありません。



7. お問い合わせ先

地方独立行政法人長崎市立病院機構 事務部総務課人事係 採用担当
〒850-8555 長崎市新地町 6 番 39 号（長崎みなとメディカルセンター 2 階）
☎095 (822) 3251 (代表) (内線 3715)

採用試験申込書 記入要領

地方独立行政法人長崎県立病院機構職員
採用試験申込書

試験職種	試験日	受験番号※
看護師	令和 〇年〇月〇日	K

※受験番号の欄には、記入しないでください。

ふりがな	ながさき みなと	性別	
氏名	長崎 みなと	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	
生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 8年 4月 2日 年齢 22歳 (R3.4.1現在)		
現住所	〒XXXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町XXXXX		
合格通知送付先	〒 - ※現住所と異なる場合にのみ記入		
電話番号	自宅 () -	携帯	080 - XXXX - XXXX
メールアドレス	XXX @ XXXX.XX.XX		

	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
学歴	最終(又は現在) 〇〇〇〇大学	〇〇学部〇〇学科	2018年4月~ 2022年3月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	最終前 〇〇〇〇高等学校	〇〇科	2015年4月~ 2018年3月	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退

太枠部分を記入ください。

【試験日】

受験日を記入ください。

【写真】

6ヶ月以内に撮影したもの(上半身脱帽正面)で「受験票」と同じ写真を貼付ください。

【生年月日】

年齢は令和3年4月1日時点の年齢を記入ください。

【現住所/合格通知送付先】

受験票や合格通知の送付先となる住所を記入ください。

現在の住所と送付先が異なる場合は、「合格通知送付先」にも記入ください。

【電話番号】

連絡のとれる電話番号を記入ください。

【メールアドレス】

試験に関する連絡をメールで案内しますので、受信可能なメールアドレスを記入ください。受信拒否等の制限をしている場合は「@ncho.jp」からのメールを受信できるよう設定ください。

【学歴/職歴】

最近のものから順に記入ください。職歴がある場合は、職歴も記入ください。

【免許・資格】

医療に関係のある免許・資格を記入ください。

【その他】

通勤時間について、採用決定後転居する等の理由で不明な場合は、空欄のままで結構です。

返信用封筒 記入要領

- ① 長形3号封筒に84円切手を貼付してください。
- ② 現住所等、受験票の送付先を記入ください。

