

平成30年度

募 集 要 項

助 産 師 ・ 看 護 師

りんくう総合医療センター
大阪府泉州救命救急センター

1. 採用予定人員 40人程度

2. 受験資格 次の資格要件のいずれにも該当する者

①助産師または看護師の免許を有する者、及び免許取得予定の者
(平成31年3月卒業見込み者含む。)

②昭和34年4月2日以降に生まれた者

③夜間勤務が可能な者

※国籍は問いません。

ただし、次に該当する者を除く。

①成年被後見人又は被保佐人(準禁治産者を含む)

②禁固以上の刑に処せられ、その執行を終るまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者

③泉佐野市において懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過しない者

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、又はこれに加入した者

3. 選考方法 小論文・面接

4. 選考日及び場所 ○選考日程

実施回	選考日	申込締切
第1回	5月27日(日)	5月23日(水)
第2回	6月24日(日)	6月20日(水)
第3回	7月22日(日)	7月18日(水)
第4回	8月26日(日)	8月22日(水)

※採用予定数に達した段階で受付を終了する場合があります。

○集合時間：午前9時

○試験会場：りんくう総合医療センター(3階大会議室集合)

○注意事項：受験票、筆記用具(HBまたはBの鉛筆)をお持ち下さい。

5. 受 験 手 続

(1) 受付時間 午前8時45分～午後5時15分(但し、土日祝日を除きます。)

(2) 提出書類 ①履歴書(付属の用紙を使用し、写真貼付のこと) 1通
②看護師・助産師免許証(A4写)※既取得者のみ 1通
③受験票(太枠内のみ記入のこと)

(3) 募集要項請求先 〒598-8577
及び受験申込先 大阪府泉佐野市りんくう往来北2番地の23
りんくう総合医療センター 総務課総務係
電話：072-469-3111

(4) 注意事項 ①募集要項の配布は、上記受験申込先で行います。
②郵便で募集要項を請求する場合は、封筒の表に「助産師・看護師募集要項希望」と朱書で記載するとともに、返信用封筒(住所、氏名を記入のうえ、92円切手を貼ったもの)を同封してください。
③募集要項はホームページからもダウンロードできます。
りんくう総合医療センター
<http://www.rgmc.izumisano.osaka.jp/>
④受験申込は、提出書類をご準備していただき、本人持参または郵送でお申し込み下さい。郵送で申込み場合は、封筒の表に「受験申込」と朱書で記載してください。なお、この場合は、申込締切日までに到着のものに限り受け付けます。

6. 合 否 通 知 合否に関わらず、本人宛に通知します。

7. 採 用 予 定 日 平成31年4月1日

①免許を取得済みの方は、平成31年3月31日以前の採用時期について相談が可能です。
②本試験合格通知後、国家試験等において不合格となり、免許取得ができなかった場合または採用時において職務に従事出来ない場合は合格を取り消します。

8. 勤務条件

(1) 給与 与 当センター規程により支給

(2) 勤務体制 りんくう総合医療センター
病棟 2 交替及び 3 交替制
外来（救急）・手術室 2 交替制
放射線科 夜間オンコール体制
泉州救命救急センター 2 交替及び 3 交替制

(3) 有給休暇 ①普通有給休暇 年 20 日
②特別有給休暇 夏期休暇、結婚休暇、産前産後休暇、
忌引き等

(4) 被服貸与 看護被服一式

(5) 退職手当 当センター規程により支給

(6) 年金・健康保険 大阪府市町村職員共済組合員

9. その他 この試験についてのお問い合わせは、受験申込先にしてくだ
さい。

平成30年度 りんくう総合医療センター / 泉州救命救急センター

助産師・看護師採用試験 受験票

氏名	フリガナ	生 年 月 日	昭和・平成			受験番号
			年	月	日	
住所	〒					
	TEL ()		—	携帯 ()		—
日程	第 回 平成30年 月 日 () ※選考日程から希望日を記入					
○集合時間：午前9時 ○試験会場：りんくう総合医療センター（3階大会議室集合） ○注意事項：本受験票、筆記用具（HBまたはBの鉛筆）持参						

切り離さず送付してください

平成30年度 りんくう総合医療センター / 泉州救命救急センター

助産師・看護師採用試験 受験票（病院控え）

氏名	フリガナ	生 年 月 日	昭和・平成			受験番号
			年	月	日	
住所	〒					
	TEL ()		—	携帯 ()		—
日程	第 回 平成30年 月 日 () ※選考日程から希望日を記入					
○集合時間：午前9時 ○試験会場：りんくう総合医療センター（3階大会議室集合） ○注意事項：本受験票、筆記用具（HBまたはBの鉛筆）持参						

履 歴 書

平成 年 月 日現在

写真(3cm×4cm)	フリガナ			※
	氏 名	(男・女)		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
	現住所	〒 電話() - 携帯電話() -		
	連絡先 (上記以外に連絡を希望する場合のみ記入)	〒 電話() - 携帯電話() -		
メールアドレス		@		

学 歴	学 校・学 科 名	期 間	区 分
	中 学 校	昭・平 年 月 日	卒
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日	卒・卒見
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日	卒・卒見
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日	卒・卒見
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日	卒・卒見
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日	卒・卒見

職 歴	勤 務 先 名	期 間
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日

免 許 資 格	種 別	取得年月日	種 別	取得年月日
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日

通勤時間	約 時間 分	扶養家族 (配偶者を除く)	人	配偶者	有 無	配偶者の 扶養義務	有 無
------	--------	------------------	---	-----	-----	--------------	-----

趣 味	志望動機
得意な学科	
スポーツ	
今回この募集を何処でお知りになりましたか？ 市報・ホームページ・知人友人から ハローワーク・その他()	
希望勤務先 (りんくう総合医療センター・泉州救命救急センター・どちらでもよい)	
新卒・既卒 (勤務開始可能日_____年_____月_____日から)	

(注)※欄は記入しないで下さい。