

平成30年度

募 集 要 項

診療放射線技師

りんくう総合医療センター

1. 募集人員 4名
2. 受験資格 次の資格要件のいずれにも該当する者
①診療放射線技師免許を有する者、もしくは来春取得見込みの者
②昭和35年4月2日以降に生まれた者
③夜間・土日祝日勤務が可能な者
※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. 試験日及び場所 ○日 時：平成30年11月8日（木）
○集合時間：午前11時45分
○試験会場：りんくう総合医療センター
研修棟3F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) 受付期間 平成30年10月12日（金）～平成30年11月2日（金）
午前8時45分～午後5時15分（但し、土日祝祭日を除きます。）
- (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診療放射線技師免許（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「診療放射線技師募集要項希望」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。

<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。郵送で申込む場合は、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、平成30年11月2日（金）までに「到着」のものに限り受付けます。

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1月1日以降（資格取得見込み者は4月1日）

8. 勤 務 条 件

- | | | |
|-------------|---|---|
| (1) 給 | 与 | 当センター規程により支給する。 |
| (2) 勤 務 時 間 | | 午前8時45分～午後5時15分 |
| (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 | | 被服一式 |
| (5) 退 職 手 当 | | 当センター規程により支給する。 |
| (6) 年金・健康保険 | | 大阪府市町村職員共済組合員となります。 |

9. そ の 他 施設見学をご希望の方、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

診療放射線技師採用試験受験票

氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成	受験番号
			年 月 日	
住所	〒 TEL () -			
○日 時：平成30年11月8日（金） ○集合時間：午前11時45分 ○試験会場：りんくう総合医療センター（研修棟3階 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。				

平成30年度りんくう総合医療センター

診療放射線技師採用試験受験票（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 () -			
○日 時：平成30年11月8日（金） ○集合時間：午前11時45分 ○試験会場：りんくう総合医療センター（研修棟3階 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	〒 _____ TEL() - _____					
	連絡先 (上記以外に連絡を希望する場合のみ記入)	〒 _____ TEL() - _____					
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()							
勤務開始可能日 _____年 _____月 _____日から							

(注)※欄は記入しないで下さい。

試験会場

りんくう教育研修棟

泉州南部卒後臨床シミュレーションセンター（サザンウイズ）

住所：泉佐野市りんくう往来北2 番地の22
（りんくう総合医療センター山側駐車場内）

