

平成30年度

募 集 要 項

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 7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 ○日 時：平成30年12月15日(土)

○集合時間：午前9時

○試験会場：りんくう総合医療センター 教育研修棟2階  
(りんくう総合医療センター山側駐車場内)

○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 平成30年11月15日(木)～平成30年12月11日(火)  
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「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 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

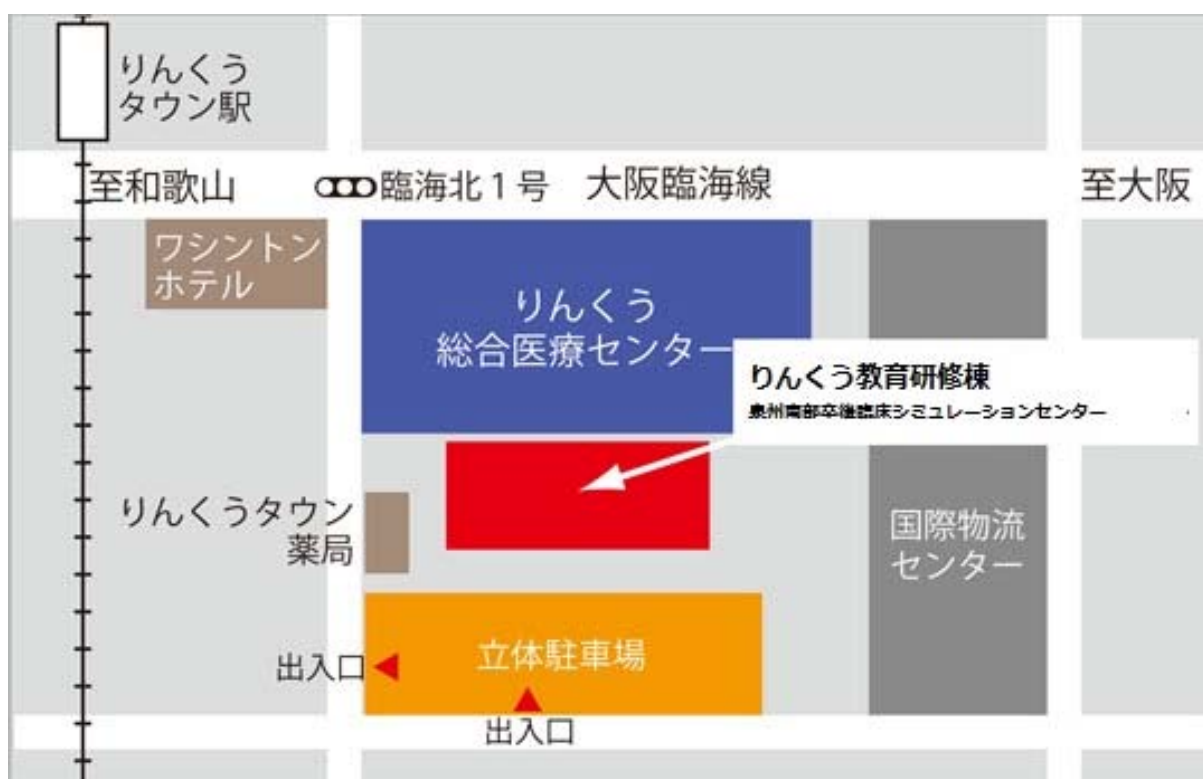
(5) 退職手当 当センター規程により支給

(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。

## 10. 会場地図

りんくう教育研修棟（りんくう総合医療センター山側駐車場内）



■南海空港線・JR関西空港線 「りんくうタウン駅」より徒歩 約5分

■市内巡回バス・いずみさのコミュニティバス「りんくう総合医療センター」下車

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

### 看護師採用試験 受験票

氏名	フリガナ	生 年 月 日	昭和・平成  年 月 日	受験番号
住所	〒			
	TEL ( ) - 携帯 ( ) -			
○日 時：平成30年12月15日（土） ○集合時間：午前9時 ○試験会場：りんくう総合医療センター 教育研修棟2階 （りんくう総合医療センター山側駐車場内） ○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

### 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  年 月 日	受験番号
住所	〒			
	TEL ( ) - 携帯 ( ) -			
○日 時：平成30年12月15日（土） ○集合時間：午前9時 ○試験会場：りんくう総合医療センター 教育研修棟2階 （りんくう総合医療センター山側駐車場内） ○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。

※平成30年12月15日看護師