

令和元年度

募 集 要 項

助 産 師

【正職員・中途採用】

りんくう総合医療センター

1. 採用予定人員 1名

2. 受験資格 次の資格要件のいずれにも該当する者

- ①助産師の免許を有する者
- ②昭和35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 書類選考後、小論文・面接

4. 選考日及び場所
- 選考日程：別途ご連絡します。
 - 集合時間：別途ご連絡します。
 - 試験会場：りんくう総合医療センター
 - 注意事項：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助産師免許証（A4写） 1通

(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 総務課人事給与係
電話：072-469-3111

履 歴 書

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		
		年 月 日 ~	年 月 日	卒・卒見			
		年 月 日 ~	年 月 日	卒・卒見			
		年 月 日 ~	年 月 日	卒・卒見			
		年 月 日 ~	年 月 日	卒・卒見			
		年 月 日 ~	年 月 日	卒・卒見			
職 歴	勤 務 先 名	期 間					
		年 月 日 ~	年 月 日				
		年 月 日 ~	年 月 日				
		年 月 日 ~	年 月 日				
		年 月 日 ~	年 月 日				
		年 月 日 ~	年 月 日				
		年 月 日 ~	年 月 日				
免 許 資 格	種 別	取得年月日		種 別	取得年月日		
		年 月 日			年 月 日		
		年 月 日			年 月 日		
		年 月 日			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。