

令和元年度

募 集 要 項

診療放射線技師  
(正職員)

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及び取得予定の者
  - ②昭和60年4月2日以降に生まれた者  
※長期勤続によるキャリア形成を図る観点から、上記受験資格の年齢の方を募集します。  
(雇用対策法施行規則第1条の3第1項第3号イ)
  - 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 書類選考・小論文・面接
4. 試験日及び場所
- 日 時：令和元年9月18日(水)
  - 集合時間：午前9時00分
  - 試験会場：りんくう総合医療センター  
研修棟3F 第一会議室集合
  - 注意事項：受験票、筆記用具(HB、Bの鉛筆)持参。
5. 受験手続
- (1) 受付期間 令和元年8月1日(木)～令和元年9月9日(月)  
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・自己紹介書(写真貼付のこと) 各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 総務課人事給与係

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、令和元年9月9日（月）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 令和2年1月1日以降

- ①免許を取得済みの方は、令和2年1月1日以前の採用時期について相談が可能です。
- ②免許取得予定の方は、令和2年4月1日の採用となります。
- ③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する。
- (2) 勤 務 時 間 日勤：午前8時30分～午後5時00分  
早出：午前8時15分～午後4時45分  
夜勤：午後4時30分～午前9時00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
- (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。

令和元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：令和元年9月18日(水) ○集合時間：午前9時00分 ○試験会場：りんくう総合医療センター(研修棟3階 第一会議室集合) ○注意事項：本受験票、筆記用具(HBまたはBの鉛筆)持参。				

令和元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：令和元年9月18日(水) ○集合時間：午前9時00分 ○試験会場：りんくう総合医療センター(研修棟3階 第一会議室集合) ○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

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	
	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
		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

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。  
放射線技師

# 自己紹介書(医療技術職)

(記入日:令和 年 月 日)

選考職種 を記入		ふりがな		
受験番号 ※		氏名		※

※は記入しないでください。

最終学歴	学校名	学部名・専攻等	卒・卒見等の区分( )に○記入
地方独立行政法人りんくう総合医療センター希望した理由			

※ 様式を変更しないでください。

自 己 P R	クラブ活動	
	趣味・特技	
	資格・免許	
	これまでになんが特に情熱を注いだこと又は他人に誇れること	
	あなたは周りの人から、どのような「人」(性格・特徴)だと言われますか	
りんくう総合医療センターの職員になったらやってみたいこと		
その他(自由に記入してください)		
備 考	※記入しないでください。	

※ 様式を変更しないでください。

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）

