

令和元年度

募 集 要 項

薬劑師  
(正職員)

りんくう総合医療センター

1. 募集人員 1人
2. 業務内容 薬剤師業務
3. 受験資格 次の資格要件のいずれにも該当する者
- ①薬剤師免許を有する者または取得見込みの者
  - 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
4. 選考方法 書類選考後、小論文・面接
5. 試験日及び場所
- 選考日程：令和元年10月6日(日)
  - 試験会場：りんくう総合医療センター 研修棟 第3会議室
  - 注意事項：筆記用具（HBまたはBの鉛筆）をお持ち下さい。
6. 受験手続
- (1) 受付期間 令和元年8月22日(木)~令和元年10月1日(火)  
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薬剤師免許証(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「薬剤師募  
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/>  
⑤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、令和  
元年10月1日（火）までに「到着」のものに限り受け付けます。

7. 合 否 通 知 合否に関わらず、本人宛に通知します。

8. 採 用 予 定 日 令和2年1月1日以降（資格取得見込み者は令和2年4月1日）

#### 9. 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45分～午後5時15分（うち休憩45分）  
夜勤：午後4時45分～午前9時15分（うち休憩60分）  
(3) 有 給 休 暇 ①普通有給休暇 年20日  
②特別有給休暇 夏季休暇、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。

10. 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。

令和元年度りんくう総合医療センター

薬剤師採用試験受験票

氏名	フリガナ	生 年 月 日	昭和・平成  年 月 日	受験番号
住所	〒  TEL ( ) -			
<p>○日 時：令和元年10月6日（日） ○集合時間：午前8時45分 ○試験会場：りんくう総合医療センター 研修棟 第3会議室 ○注意事項：本受験票、筆記用具（HBまたはBの鉛筆）持参</p>				

令和元年度りんくう総合医療センター

薬剤師採用試験受験票（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 ( ) -			
<p>○日 時：令和元年10月6日（日） ○集合時間：午前8時45分 ○試験会場：りんくう総合医療センター 研修棟 第3会議室 ○注意事項：本受験票、筆記用具（HBまたはBの鉛筆）持参</p>				

# 履 歴 書

令和 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	
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			
		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。 薬剤師		採用試験にお越しいただける日時をご記入ください。(平日9:00~17:00)						
		月 日 時~ 時						
		月 日 時~ 時						
		月 日 時~ 時						

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）

