

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構

## 神奈川県立病院機構

### 契約職員及び非常勤職員（障害者枠）募集案内

#### 【契約職員】

##### 1 募集職種・業務内容・採用予定人員等

募集番号	職種	業務内容	勤務先	採用予定人員
1	一般事務	・総務、庶務事務 ・経理事務 ・医事、医療関係事務	足柄上病院 こども医療センター 精神医療センター がんセンター 循環器呼吸器病センター 本部事務局	10名程度
2	電話交換職	・電話交換業務	足柄上病院	若干名
3	臨床検査技師	・検査科業務	がんセンター	若干名

##### 2 選考方法

	方法	内容
第1次選考	書類審査	職務遂行に必要な能力を有しているか等について書類審査
第2次選考	面接（20～30分程度）	人柄、性向等についての選考

##### 3 合格発表

	発表日	方法
第1次選考	随 時	可否に関わらず文書又は電話で連絡
第2次選考		

##### 4 第2次選考について

面接日程等の詳細については、第1次選考の結果とともにお知らせします。

##### 5 採用時期

採用予定日は原則として9 資格要件・勤務条件等に記載のとおりですが、その他時期をご希望の方は、採用選考申込書特記事項欄に記載願います。

## 6 申込職種について

申込書裏面の「申込職種」欄に、採用時に希望する職種に○を記載願います。

## 7 希望勤務先について

申込書裏面の「希望勤務先」欄に、採用時に勤務を希望する病院に順位をつけて記載願います。(第2希望欄まで必ず記載してください。希望が無い場合や第1希望のみの場合も所定欄に記入してください。)

勤務予定病院は合格時に通知します。

## 8 受験手続

ア 申込期間	随時
イ 提出書類	(1) 神奈川県立病院機構採用選考申込書 (別紙申込書) またはハローワークの紹介状 (2) 履歴書 (顔写真貼付) (3) 障害者手帳の写し
ウ 申込方法	下記申込先に郵送または持参してください。 (持参の場合は、土日祝祭日を除く日の8時30分から17時15分までの間 をお願いします。) ※書留、簡易書留、特定記録郵便によらない郵便の事故等については 一切考慮しません。
エ 申込先	〒231-0005 神奈川県横浜市中区本町2-22 地方独立行政法人神奈川県立病院機構 本部事務局人事部人事給与課 採用担当
オ その他	提出していただいた書類は返却しませんので、ご了承ください。 選考結果に対するお問い合わせにつきましては、お答えいたしませんの で、ご了承ください。

## 9 資格要件・勤務条件等

ア 身分	契約職員
イ 資格要件等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 募集番号 1 パソコン操作（ワード・エクセル・メール等）が使えること。</li> <li>・ 募集番号 3 臨床検査技師資格を所持していること。 なお、細胞診検査士、または認定血液検査士資格を所持していること。</li> </ul>
ウ 雇用期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 募集番号 1 平成30年 1 月 1 日～平成30年 3 月31日</li> <li>・ 募集番号 2 平成30年 4 月 1 日～平成31年 3 月31日</li> <li>・ 募集番号 3 平成30年 2 月 1 日～平成30年 3 月31日</li> </ul> ※更新は全職種、勤務状況によるものとする
エ 勤務時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1 週間あたり38時間45分勤務</li> <li>・ 8 時30分～17時15分 週 5 日</li> </ul>
オ 休日等	土・日・祝日・年末年始（12/29～1/3）
カ 給与	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 募集番号 1 月額141,600円～191,700円</li> <li>・ 募集番号 2 月額135,500円～240,800円</li> <li>・ 募集番号 3 月額176,900円～237,800円</li> </ul>
キ 諸手当	地域手当、通勤手当、住居手当、扶養手当、時間外勤務手当
ク 社会保険	雇用保険、労災保険、健康保険、厚生年金保険
ケ 休暇	年次有給休暇、忌引休暇等

## 10 問い合わせ先

### （1）資格要件・勤務条件等について

本部事務局 人事給与課 採用担当者

Tel 045-651-1233

### （2）業務内容について

各職種の業務内容の詳細と勤務先については、次の連絡先に確認願います。

#### ① [職種] 一般事務

本部事務局 人事給与課 採用担当者

Tel 045-651-1233

#### ② [職種] 電話交換職

足柄上病院 総務課 採用担当者

Tel 0465-83-0351

#### ③ [職種] 臨床検査技師

がんセンター 総務課 採用担当者

Tel 045-520-2222

## 【非常勤職員】

### 1 募集職種・業務内容・採用予定人員等

募集番号	職種	業務内容	勤務先	採用予定人員
1	一般事務	・郵便、宅配便仕分け業務、及び事務補助業務	こども医療センター	若干名
2	一般事務	・院内図書室の受付、図書整理業務	精神医療センター	若干名
3	電話交換職	・電話交換業務	精神医療センター	若干名

### 2 選考方法

	方法	内容
第1次選考	書類審査	職務遂行に必要な能力を有しているか等について書類審査
第2次選考	面接（20～30分程度）	人柄、性向等についての選考

### 3 合格発表

	発表日	方法
第1次選考	随時	合否に関わらず文書又は電話で連絡
第2次選考		

### 4 第2次選考について

面接日程等の詳細については、第1次選考の結果とともにお知らせします。

### 5 採用時期

採用予定日は原則として平成30年1月1日となりますが、その他時期をご希望の方は、採用選考申込書特記事項欄に表意してください。

### 6 申込職種について

申込書裏面の「申込職種」欄において、採用時に希望する業務内容順に○を記載願います。（希望が無い場合も所定欄に記入してください。）

配属職種については合格時に通知します。

## 7 受験手続

ア 申込期間	随時
イ 提出書類	(1) 神奈川県立病院機構採用選考申込書 (別紙申込書) またはハローワークの紹介状 (2) 履歴書 (顔写真貼付) (3) 障害者手帳の写し
ウ 申込方法	下記申込先に郵送または持参してください。 (持参の場合は、土日祝祭日を除く日の8時30分から17時15分までの間 をお願いします。) ※書留、簡易書留、特定記録郵便によらない郵便の事故等については 一切考慮しません。
エ 申込先	〒231-0005 神奈川県横浜市中区本町2-22 地方独立行政法人神奈川県立病院機構 本部事務局人事部人事給与課 採用担当
オ その他	提出していただいた書類は返却しませんので、ご了承ください。 選考結果に対するお問い合わせにつきましては、お答えいたしませんの で、ご了承ください。

## 8 資格要件・勤務条件等

ア 身分	非常勤職員
イ 資格要件等	特になし
ウ 雇用期間	平成30年1月1日～平成30年3月31日 ※更新は勤務状況による
エ 勤務時間	・ 1週間あたり20時間以上29時間未満 ・ 勤務時間帯については、応相談
オ 休日等	土・日・祝日・年末年始 (12/29～1/3)
カ 給与	・ 募集番号1、2 時給958円～1,230円 ・ 募集番号3 時給1,019円～1,310円
キ 諸手当	通勤手当
ク 社会保険	雇用保険、労災保険、健康保険、厚生年金保険
ケ 休暇	年次有給休暇、忌引休暇等

## 9 問い合わせ先

### (1) 資格要件・勤務条件等について

本部事務局 人事給与課 採用担当者

Tel 045-651-1233

### (2) 業務内容について

各職種の業務内容については、次の連絡先に確認願います。

#### ① [職種] 一般事務（郵便、宅配便仕分け業務）

こども医療センター 総務課 採用担当者

Tel 045-711-2351

#### ② [職種] 一般事務（院内図書室の受付、図書整理業務）

精神医療センター 総務課 採用担当者

Tel 045-822-0241

#### ③ [職種] 電話交換職

精神医療センター 総務課 採用担当者

Tel 045-822-0241

【地方独立行政法人 神奈川県立病院機構】

(記入しないこと)

## 契約職員（障害者枠） 採用選考申込書

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (平成30年1月1日現在 満 歳)	
現住所	〒 電話番号 携帯番号	
連絡先 現住所では連絡が 取れ難い場合	〒 電話番号	
特記事項欄 (採用時期について、希望 がある場合はこちらに記 載してください)		
私は、神奈川県立病院機構の契約職員採用に応募したいので申し込みます。 なお、この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。		
平成29年 月 日 氏名		

【裏面に続く】

### 1 申込職種

申込職種	募集番号	職種
	1	一般事務（障）
	2	電話交換職（障）
	3	臨床検査技師（障）

### 2 希望勤務先

希望勤務先順位	勤務先
	足柄上病院
	こども医療センター
	精神医療センター
	がんセンター
	循環器呼吸器病センター
	本部事務局
	希望配属先がない場合は、こちらに○をしてください。
	第一希望のみの場合は、希望配属先欄に「1」を記載したうえで、こちらに○をしてください。

【地方独立行政法人 神奈川県立病院機構】

(記入しないこと)

## 非常勤職員（障害者枠） 採用選考申込書

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (平成30年1月1日現在 満 歳)	
現住所	〒 電話番号 携帯番号	
連絡先 現住所では連絡が 取れ難い場合	〒 電話番号	
特記事項欄 (採用時期について、希望 がある場合はこちらに記 載してください)		
私は、神奈川県立病院機構の非常勤職員採用に応募したいので申し込みます。 なお、この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。		
平成29年 月 日 氏名		

【裏面に続く】

1 申込職種

申込職種	募集番号	職種
	1	一般事務（障）
	2	
	3	電話交換職（障）