

# 令和3年度実施

## 地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験



### 看護職（助産師・看護師） 受験案内

神奈川県立病院機構では、採用試験合格者を県立5病院（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）のうち、志望病院に配属します。

※ 神奈川県立病院機構の看護職員として採用された後、将来他の県立病院等への人事異動が行われる場合があります。

#### 1 試験日・試験会場

日 時	令和3年7月17日（土）	受付開始：8時30分 受付終了：8時50分 試験開始：9時00分 試験終了：17時00分（※） ※終了時間は目安です。 受験者数により、終了時間は前後します。 受験者ごとに終了時間は異なります。
会 場	神奈川県立よこはま看護専門学校 （神奈川県横浜市旭区中尾1-5-1）	

【募集病院】足柄上病院、こども医療センター、がんセンター、循環器呼吸器病センター

【注】①受験票は発行しませんので、試験日当日直接会場に集合してください。

②試験日当日は会場で必ず受付をお済ませください。

③受付終了時間までに受付できない場合は、受験できません。ただし、鉄道の不通、遅れ等によるときは、受験を認める場合があります。

#### 2 試験科目・方法

##### （1）作文試験（60分・600字）

当日掲示される作文題（看護の知識を問わない一般的な内容）をもとに、作文試験を行います。

##### （2）人物試験（1人あたり15分程度）

受験者1人ずつ個別面接を実施します。

【注】科目ごとに合格最低基準がありますので、いずれかが当該基準に達しない場合不合格となります。

### 3 勤務先

配属予定病院（申込時の配属希望病院）は、合格時にお知らせします。

神奈川県立病院機構の職員として採用されますので、採用後必要に応じて県立5病院（①足柄上病院、②こども医療センター、③精神医療センター、④がんセンター、⑤循環器呼吸器病センター）等への人事異動が行われる場合があります。

### 4 採用年月日

採用は原則として令和4年4月1日となりますが、看護師免許を既に有し、4月1日より前に採用を希望される人は、状況により前倒し採用も可能です。

### 5 勤務体制

勤務時間は1週間あたり38時間45分（1日あたり7時間45分）となっています。

### 6 受験資格

昭和37年4月2日以降に生まれた人で、看護師の免許を有する人。または令和3年度実施の看護師国家試験で当該免許を取得見込みの人。ただし、看護師国家試験の結果、令和4年4月1日現在において免許を取得できないこととなった人は、採用されません（助産師試験が不合格でも看護師免許があれば採用可能です）。

夜勤を含む交替制務が可能な人。

外国籍の人も受験できます。ただし、就職が制限される在留資格の人は、採用されません。

【注】次に該当する人は、受験することができません。

- ・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人

### 7 携行品（試験当日お持ちいただくもの）

- ボールペン
- 鉛筆（またはシャープペン）
- 消しゴム
- マスク
- 昼食

※感染症拡大防止のため、当日はマスクを持参のうえ着用をお願いします。

※会場近辺にコンビニや飲食店はありません。事前に昼食をご用意いただきますようお願いいたします。

（受験者ごとに終了時間は異なりますので、あらかじめご了承ください）

※ごみは各自お持ち帰りください。

### 8 合格者の発表

発表時期	令和3年8月中旬（予定）
発表方法	次の2つの方法により行います。 ① 合否にかかわらず受験者（途中棄権を除く）全員に文書で通知します。 ② インターネットで合格者の受験番号を示します（合格発表日から1週間掲載します）。 （ホームページのアドレス： <a href="https://kanagawa-pho.jp/">https://kanagawa-pho.jp/</a> ） ※ 個人情報保護の趣旨から、②の方法では受験番号のみを示し、氏名は掲示しません。

## 9 受験手続

提出締切	令和3年7月2日（金）（消印有効）
提出書類	<p>①地方独立行政法人神奈川県立病院機構 看護職採用申込書 ・ <u>A4両面</u>で印刷のうえ記入してください。</p> <p>②看護師養成施設の卒業証明書または卒業見込み証明書…1通 ・ 免許取得済みの人も必須となります。 ・ 卒業証書の写しは不可とします。</p> <p>③看護師免許を取得済みの人は、免許証の写し…1通 ・ A4判に縮小してください。</p> <p>④看護師養成施設の成績証明書（※発行後3ヶ月以内で学校が厳封したもの）…1通 ・ 看護師免許取得後10年以上経過している人は不要です。</p> <p>※②・④の書類が提出期限に間に合わない場合は、その旨を記載したメモ書きを同封のうえ、①・③の書類を提出期限までに送付していただき、②・④の書類についてはお手元に届き次第、試験日前までに申込先住所までお送りください。</p>
申込方法	下記申込先に郵送してください（持参は不可）。  ※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ので、ご了承ください。
申込先	〒231-8691 日本郵便(株)横浜港郵便局私書箱第67号 地方独立行政法人神奈川県立病院機構 看護採用（0717）
その他	提出いただいた書類は返却しませんのでご了承ください。

## 10 試験結果の開示について

この試験の結果については、受験者（途中棄権を除く）全員に対して、成績の総合ランクを合否通知内で開示します。

## 11 受験申込書等の記入について

記入例及び「記入にあたっての注意事項」をよく確認のうえ、自筆で記入してください。

## 12 労働条件等について

業務内容	看護業務
契約期間	期間の定め無し
試用期間	試用期間あり（6か月）
就業場所	採用後、将来以下の県立病院等への人事異動が行われる場合があります。 本部事務局：横浜市中区本町 2-22 足柄上病院：足柄上郡松田町松田惣領 866-1 こども医療センター：横浜市南区六ツ川 2-138-4 精神医療センター：横浜市港南区芹が谷 2-5-1 がんセンター：横浜市旭区中尾 2-3-2 循環器呼吸器病センター：横浜市金沢区富岡東 6-16-1
就業時間	週 38 時間 45 分（2 交替制または 3 交替制）
休憩時間	1 時間
休日	4 週 8 休、祝日及び年末年始は休日、年次有給休暇 等
時間外労働	あり
賃金	4 年制大学新卒者の場合：245,200 円（給料、地域手当、初任給調整手当）
加入保険	雇用保険、共済組合（健康保険、厚生年金保険）、地方公務員災害補償基金
募集者	地方独立行政法人神奈川県立病院機構
雇用形態	正規職員

### 13 試験会場について

名 称：神奈川県立よこはま看護専門学校

詳細なアクセスは下図をご覧ください。

住 所：横浜市旭区中尾1-5-1

交通機関：二俣川駅北口から

相鉄バス「運転免許センター循環」乗車「中尾町」下車（所要時間約6分）

または徒歩約18分

※ 駐車場はありませんので、車でのご来場はご遠慮ください。

地 図：



#### 【試験に関する問い合わせ先】

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 本部事務局人事給与課 看護担当

〒231-0005 横浜市中区本町2-22

電話(045)651-1233 ホームページ：<https://kanagawa-pho.jp/>

【送付用宛名】送付の際にご活用ください（切り取って封筒に貼付けしてください）。

〒231-8691

日本郵便（株）横浜港郵便局私書箱第67号

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

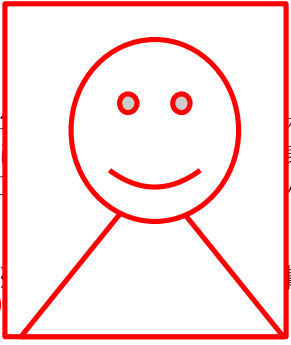
看護採用（0717）行き

# 地方独立行政法人神奈川県立病院機構看護職採用申込書（令和3年度）

職 種	看護職	試験日	令和3年7月17日（土）				写真 （縦4.5cm×横3.5cm）  写真は申込前6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので、本人と確認できるもの。  ※写真裏面に氏名を記載してください。						
受験番号	※												
私は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。 この申込書及び別紙履歴書のすべての記載事項に相違ありません。 なお、私は次の項目には該当していません。 ・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人													
		記入日	年	月	日								
ふりがな						性別	男・女						
氏 名													
生年月日	年	月	日	令和4年4月1日現在で満 歳	扶養家族・配偶者の有無	扶養家族 あり・なし	配偶者 あり・なし						
E-mail (任意)	@												
住 所	〒 -												
	TEL - - 携帯 - -												
連 絡 先	〒 -												
	TEL - -												
採用された場合の居住予定地	1 現住所 2 未定 3 その他				住所 最寄駅 線 駅			入寮希望 あり・なし 居住予定地から最寄駅までの所要時間 分					
学 歴	学校名			学部学科名		在学期間				卒業状況		備考	
						年	月	～	年	月	卒 卒見 中退		
						年	月	～	年	月	卒 卒見 中退		
						年	月	～	年	月	卒 卒見 中退		
職 歴 (看護)	勤務先名称		勤務形態 <small>該当箇所には○をつけてください</small>			在職期間				業務内容・部課名等			
			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
職 歴 (一般)			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
			常勤	契約・非常勤 週 時間		年	月	～	年	月			
免許・資格名（級）						取得年月							
看護師免許						年	月	取得	取得見込				
助産師免許						年	月	取得	取得見込				
保健師免許						年	月	取得	取得見込				
准看護師免許						年	月	取得	取得見込				
						年	月	取得	取得見込				
						年	月	取得	取得見込				

採用時の配属を希望する病院				募集なし		
※最大5位までの希望する順位を記入 (希望しない病院は空欄にして下さい)		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
志望動機						
自己PR (長所・短所など)						
機構病院でやってみたい仕事						
卒論テーマ・ゼミ (特に興味があった科目)		クラブ・サークル等の活動		趣味・特技		
他 病 院 等 の 受 験 状 況	病院名等	受験年月	合否結果		健康 に つ い て	現在治療中の傷病等の有無 (身体・精神疾患等) あり・なし (病名)
			1次	最終		過去に入院または通院歴 (1ヶ月以上)がある 傷病等の有無 (身体・精神疾患等) あり・なし (病名)
						(時期)
前 倒 し 採 用	2022年4月1日より前に雇用開始可能な方は、下記「 <input type="checkbox"/> 前倒し採用可能」に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、雇用開始可能月を記載してください。 ※前倒し採用は、各病院の人員状況に応じて実施されます。 当該項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れても、確実に前倒し採用されるものではありませんのでご了承ください。  <input type="checkbox"/> 前倒し採用可能 (雇用開始可能月： 年 月以降)			機構 採 用	入職時の配属病院は、申込時の希望を考慮して決定しますが、入職後は人材育成等の観点から、機構の他病院、本部事務局及び神奈川県関係部署等への異動が実施される可能性があります。  <input type="checkbox"/> 入職後の異動可能性につき 承知しました。( <input checked="" type="checkbox"/> 必須)	
◎ 記入にあたっての注意事項						
1 記入は黒または青のインクのボールペンを使用してください。						
2 学歴は高等学校以降を記入し、卒・卒見等は該当箇所に○を付けてください。						
3 学歴・職歴は古いものから順に記入してください(無職の期間は在家庭と記入してください)。						
4 職歴は、看護師・助産師免許を必要とする職としての経歴と、それ以外の経歴とに分けて記載してください。 転職活動中など、無職期間は職歴(一般)に記載し、これまでの経歴に空白期間がないようにしてください。 勤務形態の欄は、常勤職員は「常勤」、契約職員は「契約」、「非常勤・アルバイト」は「非常勤」に○を付け、 1週間あたりの勤務時間を記載してください。						
5 採用時の配属を希望する病院については、順位を数字で記入してください。(最大5位まで)						
6 前倒し採用が可能な場合は「 <input type="checkbox"/> 前倒し採用可能」に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、雇用開始可能月を記載してください。						
7 採用試験の受験に際しては、機構入職後、異動の可能性があることをご承知おきいただく必要があります。 機構採用欄の「 <input type="checkbox"/> 入職後の異動可能性につき承知しました」に必ず <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。						

# 地方独立行政法人神奈川県立病院機構看護職採用申込書（令和3年度）

職 種	看護職		試験日	令和3年7月17日（土）				
受験番号	※ 記入不要です							
私は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。 この申込書及び別紙履歴書のすべての記載事項に相違ありません。 なお、私は次の項目には該当していません。 ・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人								
記入日			令和3年	4月	5日			
ふりがな	きこう はなこ			性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>			
氏 名	機構 花子							
生年月日	1990年	11月	11日	令和4年4月1日 現在で満31歳	扶養家族・配偶者の有無	扶養家族 あり・なし 配偶者 <input checked="" type="radio"/> あり・なし		
E-mail (任意)	kikou_kikou @ kikou.ne.jp							
住 所	〒 231 - 0005							
	神奈川県横浜市中区本町2-22							
連 絡 先	TEL 045 - 651 - 1233 携帯 000 - 0000 - 0000							
	同上							
採用された場合の居住予定地	1 <input checked="" type="radio"/> 現住所 2 未定 3 その他			住所		入寮希望 あり・なし <input checked="" type="radio"/>		
				最寄駅 線 駅		居住予定地から最寄駅までの所要時間 分		
学 歴	学校名	学部学科名	在学期間				卒業状況	備考
	神奈川県立機構高等学校	普通科	2006年	4月	～	2009年	3月 <input checked="" type="radio"/> 卒 卒見 中退	
	神奈川県立機構大学	医学部看護学科	2009年	4月	～	2013年	3月 <input checked="" type="radio"/> 卒 卒見 中退	
			年	月	～	年	月	卒 卒見 中退
職 歴 (看護)	勤務先名称	勤務形態 <small>該当箇所に○をつけてください</small>		在職期間				業務内容・部課名等
	機構大学付属病院	<input checked="" type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 40 時間	2013年	4月	～	2018年	3月 看護業務 (ICU・外来)
	機構記念病院	<input checked="" type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 28 時間	2018年	7月	～	年 月	看護業務 (ICU)
		<input type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 時間	年	月	～	年 月	
		<input type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 時間	年	月	～	年 月	
		<input type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 時間	年	月	～	年 月	
職 歴 (一般)	在家庭	<input checked="" type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 時間	2018年	4月	～	2018年	6月
		<input type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 時間	年	月	～	年 月	
		<input type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 時間	年	月	～	年 月	
		<input type="radio"/> 常勤	契約・非常勤 週 時間	年	月	～	年 月	
免許・資格名 (級)				取得年月				
看護師免許				2013年	4月	<input checked="" type="radio"/> 取得	取得見込	
助産師免許				年	月	取得	取得見込	
保健師免許				年	月	取得	取得見込	
准看護師免許				年	月	取得	取得見込	
				年	月	取得	取得見込	
				年	月	取得	取得見込	



