

地方独立行政法人 長崎市立病院機構
言語聴覚士（産休育休代替） 募集要項

令和5年4月12日

1. 募集職種・応募資格・任用期間等

受験区分	職務内容	採用予定数	勤務場所
言語聴覚士 (産休育休代替)	言語聴覚士としての業務全般	1名	長崎みなとメディカル センター
応募資格			
言語聴覚士免許を有する人			
任用期間			
令和5年6月1日～令和6年8月31日 ※産休育休代替のため、雇用期間は終期のみ変更となる場合があります。			
求める人材像			
<p>長崎みなとメディカルセンターは、長崎市における中核的な医療機関として、高度医療、救急医療、感染症医療などを率先して担当し、公立病院としての役割を果たすとともに、医療水準の維持向上に努めております。また、市民に対し質の高い医療を安全かつ安定的に提供していくためには、病院を取り巻く環境変化に迅速かつ柔軟に対応していくことが求められています。</p> <p>そのため、当機構においては、ポジティブ思考でアクティブな人、コミュニケーション能力のある人、苦勞を厭わない人で、豊富な知識や実務経験を活かしていただける方を募集しています。</p>			

2. 試験内容・試験日・申込締切等

試験日	随時
申込期間	随時
試験内容	【SPI3-P 試験（性格検査）】 職務、組織への適応のしやすさ、仕事への取組み方などをみるための適性検査 【作文試験】 課題に対する理解力、文章表現力、総合的判断力、思考力等をみるための作文試験 【人物試験】 個別面接による試験
結果発表	試験終了後 14 日以内に文書で通知します。

3. 提出書類・応募方法

提出書類	① 採用試験申込書 ② 言語聴覚士免許証（写）
申込方法	持参 (1) 地方独立行政法人長崎市立病院機構事務部総務課人事給与係（長崎みなとメディカルセンター2階）に直接持参してください。 (2) 受付期間：午前9時～午後5時（土日、祝日を除く）
	郵送 提出書類を封筒に入れ、封筒の表に「言語聴覚士（産休育休代替）試験申込」と朱書きし、特定記録郵便又は簡易書留扱いにして郵送してください。
採用試験申込書等の配布	長崎みなとメディカルセンターのホームページから入手できます。 (https://nmh.jp/) 郵便で採用試験申込書等を請求する場合は、封筒の表に「言語聴覚士（産休育休代替）試験案内請求」と朱書きし、120円切手を貼った宛先明記の返信用封筒（角形2号封筒）を同封し郵送してください。
提出先	〒850-8555 長崎市新地町6番39号 地方独立行政法人長崎市立病院機構 事務部人事課人事給与係 採用担当

4. 処遇

処遇については、地方独立行政法人長崎市立病院機構の各規程等に基づきます。

以下は、現在の規程に基づく内容です。採用までに規程等の改正が行われた場合は、その定めるところによります。

【月額給与モデル】

	新卒（短3）	10年目	15年目	20年目
月額給与モデル	217,292 円	284,682 円	321,441 円	372,825 円

※通勤手当 6,048 円（片道 160 円の区間の場合）、住居手当 27,000 円（家賃 55,000 円以上の場合）を含む。詳細は、以下を参照。

【詳細】

	言語聴覚士			
	新卒（短3）	経験 10 年目	経験 15 年目	経験 20 年目
基本給等(地域手当含む。)	175,924 円	241,844 円	277,791 円	328,055 円
夜間勤務手当（2 回分）	3,920 円	5,390 円	6,202 円	7,322 円
特殊勤務手当	4,400 円	4,400 円	4,400 円	4,400 円
住居手当	27,000 円（家賃 55,000 円以上の場合） ※上限額 27,000 円／月 ※病院機構支給要件に応じて支給			
通勤手当	6,048 円（片道 160 円区間の場合） ※上限額 55,000 円／月 ※当病院機構支給要件に応じて支給			
賞与・昇給	賞与：年 2 回 [6 月・12 月]（令和 4 年度実績 年間 3.95 月分） 昇給：年 1 回 [毎年 1 月 1 日]			

※その他別途支給する手当・・・扶養手当、特殊勤務手当、時間外勤務手当 等


◆ 勤務時間・休日・福利厚生

勤務時間	就業時間：週 38 時間 45 分 ① 8 時 15 分～17 時 00 分（休憩 1 時間） ② 8 時 30 分～17 時 15 分（休憩 1 時間） ③ 8 時 45 分～17 時 30 分（休憩 1 時間） 休日：土・日
休暇等	年次有給休暇：年間 20 日（4 月 1 日から翌年 3 月 31 日） ※採用月によって異なります。 その他：病気休暇、産前産後休暇、忌引、結婚休暇、暑期休暇、 育児休業、介護休暇 等
福利厚生	長崎県市町村職員共済組合（健康保険、年金）、雇用保険、労災保険加入 院内保育施設あり

採用試験申込書 記入要領

地方独立行政法人長崎市立病院機構職員 採用試験申込書	試験職種	受験番号※
		G

※受験番号の欄には、記入しないでください。

ふりがな	ながさき みなど	性別	
氏名	長崎 みなど	男・女	
生年月日	昭和(平成)8年4月2日 年齢 22歳 (H31.4.1現在)		
現住所	〒XXXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町XXXX		
合格通知送付先	〒 - ※現住所と異なる場合にのみ記入		
電話番号	自宅 () -	携帯 080 - XXXX - XXXX	
メールアドレス	XXX@XXXX.XX.XX		

学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
最終(又は現在) 〇〇〇〇大学	〇〇学部〇〇学科	H27年4月~ H31年3月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業見込
最終前		H24年4月	<input type="checkbox"/> 中退 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業

太枠部分を記入ください。

【写真】

**6ヶ月以内に撮影されたもの
(上半身脱帽正面)**を貼付ください。

【生年月日】

年齢は令和5年4月1日時点の年齢を記入ください。

【現住所／合格通知送付先】

合格通知の送付先となる住所を記入ください。
現在の住所と送付先が異なる場合は、「合格通知送付先」にも記入ください。

【電話番号】

連絡のとれる電話番号を記入ください。

【メールアドレス】

試験に関する連絡をメールでご案内しますので、受信可能なメールアドレスを記入ください。
受信拒否等の制限をしている場合は、「@ncho.jp」からのメールを受信できるよう設定ください。

【学歴／職歴】

最近のものから順に記入ください。職歴がある場合は、職歴もご記入ください。

【免許・資格】

医療に関係のある免許・資格を記入ください。

【その他】

通勤時間について、採用決定後転居する等の理由で不明な場合は、空欄のままで結構です。