

職員募集要項

～ 平成24年度採用候補者登録選考（追加募集）のご案内 ～

作業療法士（常勤職員）

今回実施する採用候補者の登録選考とは採用を決定する試験ではなく、近畿ブロック内（2府5県：大阪、京都、兵庫、奈良、和歌山、滋賀、福井）各病院の作業療法士に欠員が生じた場合、採用候補者として、いずれかの病院へ紹介するため実施するものです。

選考結果により、採用候補者として登録された方の中から、該当病院へ紹介し、最終的にその病院の面接等により採用が決定されることとなります。

I 募集職種

作業療法士（常勤職員）

II 応募資格

- ・ 作業療法士免許を取得している方
- ・ 作業療法士免許を登録申請中の方

III 応募方法

1. 提出書類

| 作業療法士免許を取得している方 | 作業療法士免許を登録申請中の方 |
|--|--|
| ①受験願書（別紙様式1、写真貼付） ②作業療法士免許証（写） ※A4版に縮小したもの | ①受験願書（別紙様式1、写真貼付） ②登録済証明書（写）または、申立書（別紙様式） |

2. 提出期限

平成24年4月27日（金）必着

3. 提出先

上記提出書類を提出期限までに、下記までご郵送ください。（持参可）

※封筒に「作業療法士応募」と朱書きしてください。

〒540-0012

大阪府中央区谷町2丁目6-4 谷町ビル6F

独立行政法人国立病院機構本部近畿ブロック事務所

総務経理課人事係宛

4. 備考

ご提出いただいた書類はお返しできませんので、あらかじめご了承ください。

IV 選考について

本選考は午前に筆記試験（教養試験および小論文試験）、午後に面接試験にて実施します。詳細については受験願書に記入いただいた連絡先あてに送付する「受験票」をご確認ください。

○選考日時等

日 程 平成24年5月14日（月）
集合時間 午前 9：00
集合場所 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
災害医療棟2階 研修室2・3
〒540-0006
大阪市中央区法円坂2丁目1番14号
06-6946-1331

※日程・集合時間・集合場所は変更となる可能性があります。正式な日時については「受験票」をご確認いただきますようお願いします。
なお、5月7日（月）までに「受験票」がお手元に届かない場合は、近畿ブロック事務所まで（電話番号 06-4790-8388）ご連絡ください。

○選考内容

（午前の部 9：30～12：00）

筆記試験

- ①教養試験（60分程度）
- ②小論文試験（60分程度）

（午後の部 13：00～17：00）

面接試験（一人当たり15分程度）

○結果通知

結果については平成24年5月中にご本人あて郵送にて通知します。

※日程・集合時間・集合場所は変更となる可能性があります。変更があった場合は別途お知らせします。

V 採用後の給与等について

1. 身分 国立病院機構の常勤職員となります。
2. 給与 初任給 大学卒（4年） 178,200円以上
短大卒（3年） 167,000円以上
（経験年数により加算があります）
賞与 年2回（計3.95月分程度）
諸手当 地域手当（例：大阪市 基本給の15%）
通勤手当（1ヵ月55,000円上限）
扶養手当、住居手当、時間外勤務手当、特殊業務手当等
3. 勤務時間 1日 7時間45分 1週間 38時間45分勤務
勤務時間は主として 8:30～17:15
週休2日制、国民の祝日、年末年始等の休日
※病院により、変則勤務のため土日や祝日が出勤日の場合があります
4. 休暇 年次有給休暇、特別休暇（結婚休暇、夏季休暇等）
5. 休業 育児休業、育児短時間勤務、自己啓発休業等
6. 保険等 厚生労働省第二共済組合に加入

VI 個人情報の取扱いについて

ご提出いただく個人情報については、以下の目的のために利用させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

- ①採用候補者登録選考名簿作成のため。
- ②採用を希望する国立病院機構近畿ブロック内の病院への名簿登載者に関する情報提供のため。
- ③採用病院での採用事務手続のため。
- ④採用選考実施状況資料作成のため。

個人情報につきましては、近畿ブロック事務所及び国立病院機構近畿ブロック内の病院において万全の管理をいたします。

また、上記以外の目的に利用することは一切いたしません。

書類提出後、いただいた個人情報に修正の必要が生じた場合、応募を取り消したい場合には、近畿ブロック事務所へお申し出ください。

VII お問い合わせ先

独立行政法人 国立病院機構本部

近畿ブロック事務所 総務経理課 人事係

〒540-0012

大阪府中央区谷町2丁目6-4 谷町ビル6F

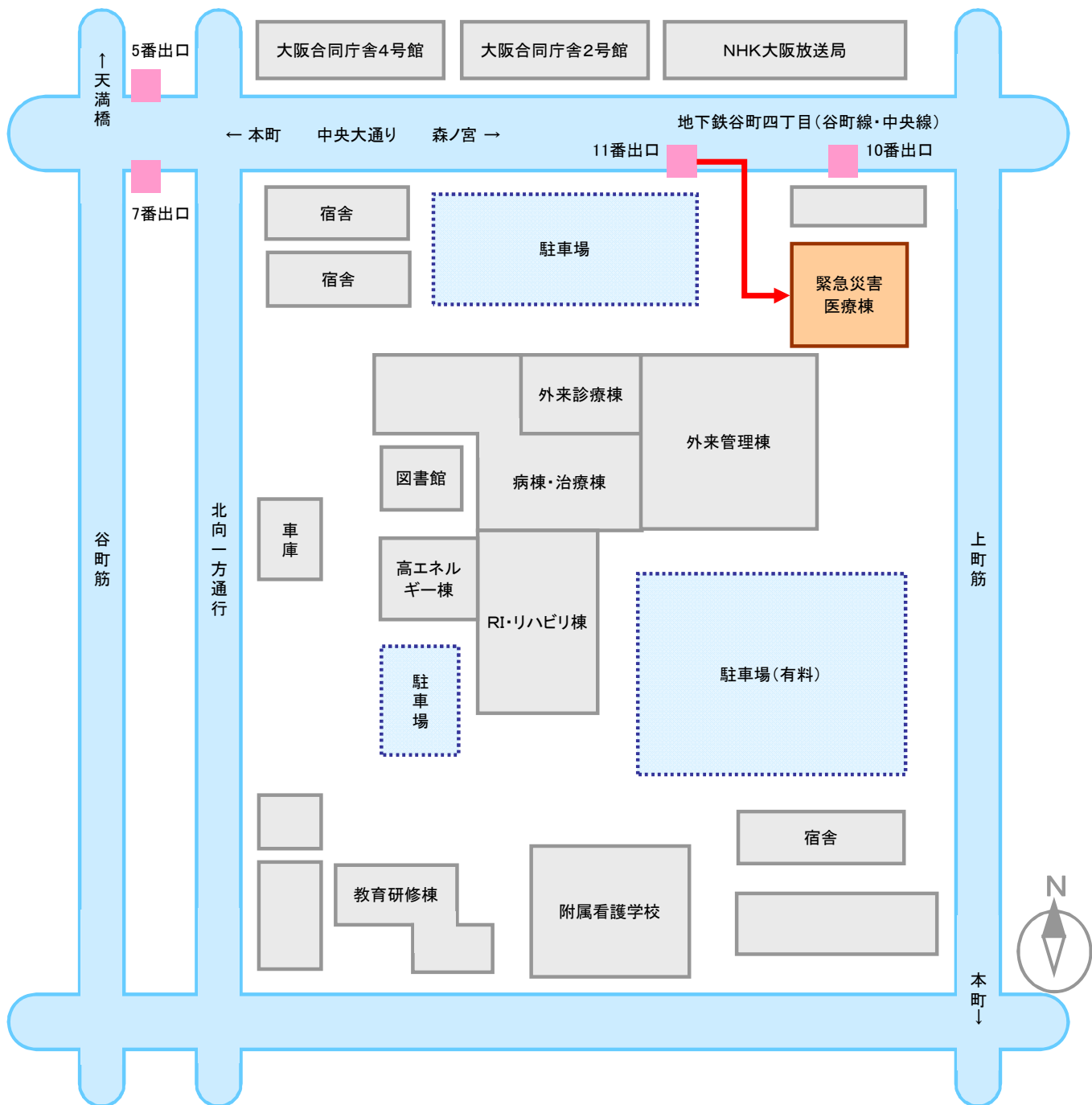
TEL 06-4790-8388 FAX 06-4790-8378

受験願書記載要領

受験願書の提出にあたっては、下記の要領に沿って誤りのないよう記載してください。

| 項目 | 記載要領 |
|-----------|--|
| 氏名 | ・ふりがなを忘れず記載してください。 |
| 生年月日 | ・年齢は受験願書提出時の年齢を記載してください。 |
| 性別 | ・○を付けてください。 |
| 連絡先 | ・受験票、選考結果を送付する宛先となります。 ・電話又は電子メールでご連絡することがありますので、電話番号・メールアドレスも忘れずに記載してください。 ・携帯電話をお持ちの方は携帯電話番号も記載してください。 |
| その他連絡先 | ・上記以外に連絡先があれば記載してください。 |
| 学歴 | ・高等学校以上の学歴について記載してください。 ・大学等は学部・学科も記載してください。 ・学校名は正式な学校名を記載してください。 ・今年度卒業見込みの方は在学（予定）期間に卒業予定年月までの期間を記載してください。 |
| 免許取得年月日 | ・免許の取得年月日を記載してください。 |
| ※免許申請中の場合 | ・「登録済証明書」（写）または「申立書」（別紙様式）を添付して下さい。 |
| 職歴 | ・職歴のある方は記載してください。 |
| 志望動機・自己PR | ・自由に記載してください。 |

■会場案内図



(会場)

| | |
|---|--|
| 独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 緊急災害医療棟2F 研修室2・3 | |
| 住 所 | 〒540-0006 大阪府大阪市中央区法円坂2-1-14 |
| 電 話 | 06-6946-1331(代表) |
| アクセス | 地下鉄谷町線・中央線「谷町四丁目」下車 7号・10号・11号出口 大阪市バス「国立病院前下車」 |

(連絡先)

| | |
|-------------------------|------------------|
| 独立行政法人 国立病院機構 近畿ブロック事務所 | |
| 電 話 | 06-4790-8388(代表) |

平成24年度 採用候補者登録選考（追加募集）受験願書

| | | | |
|------|------------------|----|-------|
| 受験番号 | ※記入しないこと | | |
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生（ 歳） | 性別 | 男 ・ 女 |

(写真貼付)
4.5cm×3.5cm

| | | | |
|--|---------------------------|----------|---|
| 連絡先 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | (自宅) | (携帯電話) | |
| Email | @ | | |
| その他連絡先 | (上記以外に連絡先がある場合は記入) 〒 ー | | |
| 電話番号 | | | |
| 学 歴 | 学 校 名 | 在学(予定)期間 | 該当事項にチェック |
| | | 年 月～ 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒見 |
| | | 年 月～ 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒見 |
| | | 年 月～ 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒見 |
| 作業療法士免許取得年月日 | 年 月 日 | | |
| ※作業療法士免許を申請中の場合は「登録済証明書」(写)または「申立書」(別紙様式)を添付すること | | | |
| 職 歴 | 在職期間 | 勤務先名称 | 業務内容 |
| | 年 月～ 年 月 | | |
| | 年 月～ 年 月 | | |
| | 年 月～ 年 月 | | |
| 志望動機・自己PR | | | |

申 出 書

私、 _____ は、 _____ に合格し、

免許登録申請を行っていることを申し出ます。

平成 年 月 日

氏 名 印

独立行政法人国立病院機構
近畿ブロック担当理事
楠 岡 英 雄 殿