

地方独立行政法人 長崎市立病院機構
令和 6 年 4 月採用 視能訓練士 募集要項

令和 5 年 5 月 16 日

1. 募集職種・応募資格等

職 種	採用予定数
視能訓練士	1 名
応募資格	令和 6 年に実施される試験で取得見込みの方

2. 試験日・申込期間・試験内容等

試験日	随時 詳細については、申込後にお知らせします。
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
試験会場	長崎みなとメディカルセンター（長崎市新地町 6 番 3 9 号）
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		<p>① 採用試験申込書 ② 受験票 ③ 卒業・修了(見込)証明書 ④ 成績証明書(免許取得見込者) ⑤ 返信用封筒(長形3号封筒)</p> <p>※84円切手を貼り、宛先を明記してください。 ※書類は全てA4サイズで提出してください。 ※提出書類は一切返却いたしません。</p>
申込方法	郵送	提出書類を封筒に入れ、封筒の表に「視能訓練士採用試験申込」と朱書し、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。
	持参	<p>(1) 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 (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)</p>
採用試験申込書等の配布		<p>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「視能訓練士試験案内請求」と朱書し、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。</p>
提出先		<p>〒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</p>

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。

※下記は新卒（短3）で入職後、継続して当院で勤務した場合の給与モデルです。

【月額給与モデル】

	新卒（短3）	30歳	35歳	40歳
月額給与モデル	209,602円	275,522円	311,469円	361,683円

※通勤手当 6,678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】

	視 能 訓 練 士			
	新卒（短3）	30歳	35歳	40歳
基本給等(地域手当含む。)	175,924円	241,844円	277,791円	328,055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	6,678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、時間外勤務手当 等

◆ 勤務内容 勤務時間・休日・福利厚生

勤務内容	視能訓練士業務（眼科関連の検査業務）
勤務時間	【週38時間45分】 8：15～17：00（休憩1時間） 休 日： 土・日・祝
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） その他：暑期休暇、病気休暇、産前産後休暇、忌引、結婚休暇、 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、 地方公務員災害補償基金（労災）、長崎市職員互助会加入 院内保育施設あり

5. その他

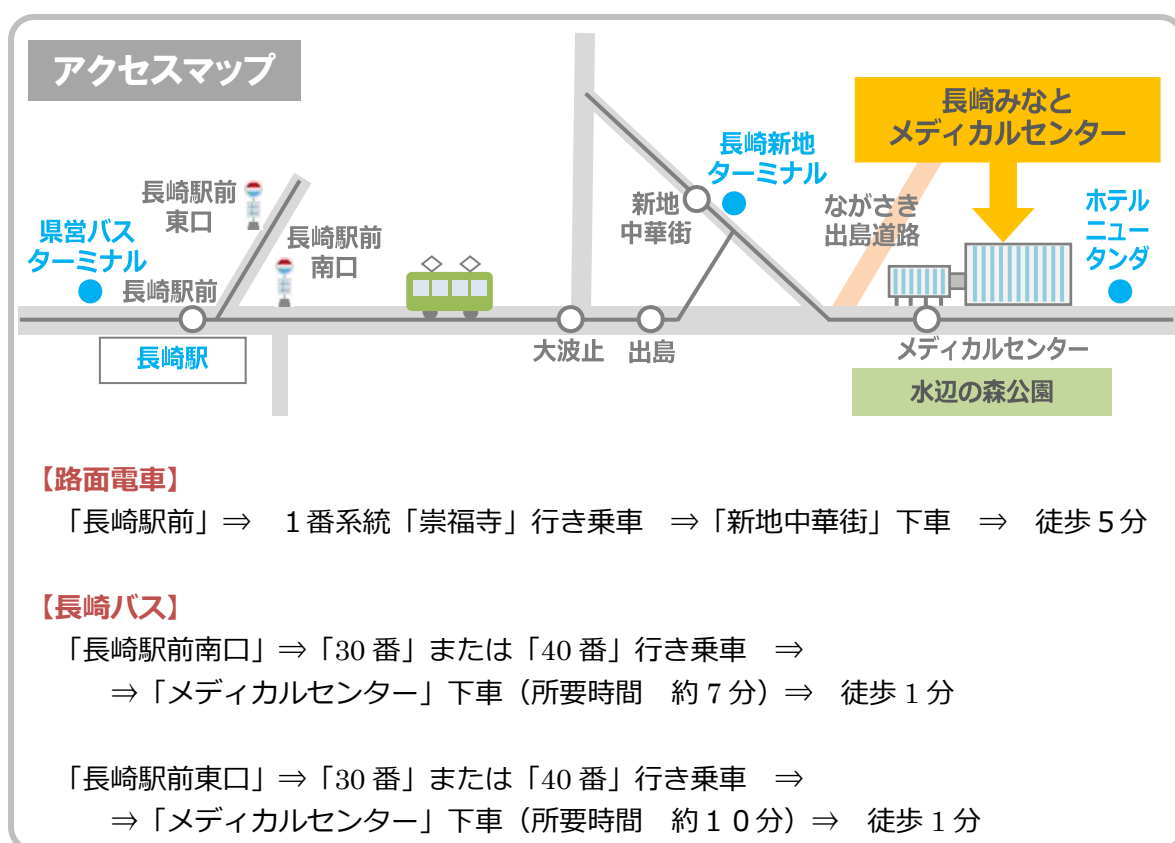
◆ 合格から採用まで

- (1) 最終合格者は、原則として令和6年4月1日付けで地方独立行政法人長崎市立病院機構の正規職員（身分は公務員ではありません。）として採用されます。
- (2) 受験資格がないことが判明した場合は、内定を取り消します。また、申込書の記載事項が正しくないことが判明した場合は、内定を取り消すことがあります。

◆ 試験関係情報の緊急連絡について

大雨・台風等による日程変更や、その他の緊急連絡は、長崎みなとメディカルセンターのホームページ「お知らせ」欄に掲載します。

6. 試験会場案内



7. お問い合わせ先


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
〒850-8555 長崎市新地町 6 番 39 号 (長崎みなとメディカルセンター 2 階)
☎095 (822) 3251 (代表) (内線 3715)

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	試験日	受験番号※
	令和 ○年○月○日	

※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 みなと	性別	
氏名	長崎 みなと	男・女	
生年月日	昭和(平成)8年4月2日 年齢 22歳 (R3.4.1現在)		
現住所	〒xxxx-xxxx ○○県○○市○○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 - xxxxx - xxxxx	
メールアドレス	xxx @ xxxx. xx. xx		

学歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	最終(又は現在) ○○○○大学	○○学部○○学科	2018年4月～ 2022年3月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
最終前 ○○○○高等学校	○○科	2015年4月～ 2018年3月	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	

太枠部分を記入ください。

【試験日】

受験日を記入ください。

【写真】

6ヶ月以内に撮影したもの(上半身脱帽正面)で「受験票」と同じ写真を貼付ください。

【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】

受験票や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。