

令和 6 年 4 月採用 臨床工学技士 募集要項（新卒採用）

令和 5 年 11 月 1 日

1. 募集職種・応募資格等

職 種	採用予定数
臨床工学技士	若干名
応募資格	※①、②を満たす人 ① 臨床工学技士免許を 2024 年の国家試験で取得見込みの人 ② 宿日直・オンコールができる人

2. 試験日・申込期間・試験内容等

試験日	試験日 令和 5 年 12 月 16 日（土） ※詳細は文書にて通知します。
申込期間	令和 5 年 11 月 1 日（水）～令和 5 年 12 月 8 日（金）
試験内容	試験内容 【SPI3-P 試験（適性検査）】 教養試験とは異なり、職務、組織への適応のしやすさ、仕事への取り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	結果発表 令和 5 年 12 月下旬に内定者には文書で結果を通知します。 ※受験番号は当院ホームページにも掲載します。
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）

3. 提出書類・応募方法

提出書類	① 採用試験申込書 ② 受験票 ③ 成績証明書 ④ 卒業（見込み）証明書 ⑤ 84 円切手を貼付した長形 3 号の返信用封筒 ※宛先を明記してください。
------	---

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) ※申込締切日: 令和5年12月8日(金) 必着
	郵送	提出書類を封筒に入れ、封筒の表に「臨床工学技士試験申込」と朱書き、 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。 ※申込締切日: 令和5年12月8日(金) 消印有効
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

◆ 給与・手当

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。

【詳細】

※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	235,602円	301,522円	337,469円	387,733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)、宿日直手当(4回分)を含む。詳細は、以下を参照。

【詳細】

	臨床工学技士			
	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			
宿日直手当(4回分)	26,000円	26,000円	26,000円	26,000円
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

◆ 勤務時間・休日・福利厚生

勤務時間	就業時間： 週 38 時間 45 分 ① 8：15 ～ 17：00 ② 7：45 ～ 16：30 宿日直： ③ 17：00 ～ 8：15 ④ 9：15 ～ 16：00 休 日： 4 週 8 休
休 暇 等	年次有給休暇：年間 20 日（4 月 1 日～翌 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、住宅資金貸付など） ・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（各種給付金〔結婚祝金、出産祝金、入学祝金、 卒業祝金、リフレッシュ旅行補助金、その他レクリエーション助成金 等〕、施設利用優待・スポーツ観戦チケット助成など、一般の生命保険 等の団体取扱、自動車・火災保険の取扱その他） ・院内保育施設あり

5. その他

◆ 合格から採用まで

- (1) 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及び令和 6 年 3 月に免許取得見込みの者が免許を取得できなかった場合は、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。

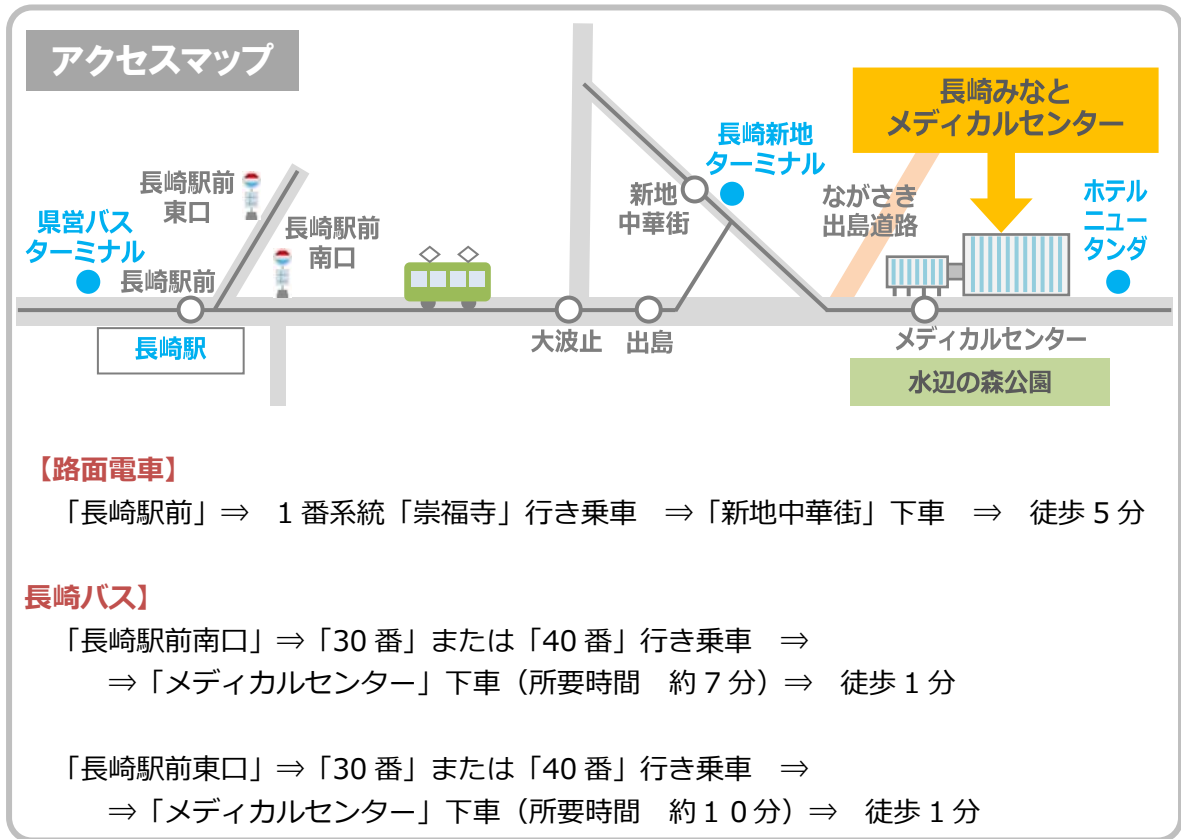
◆ 試験関係情報の緊急連絡について

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。

◆ 受動喫煙対策について

敷地内禁煙

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 - xxxx -xxxx
メールアドレス	xxx @ xxxx. xx. xx		

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。

	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
学歴	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

【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。

返信用封筒 記入要領

- ① 長形3号封筒に84円切手を貼付してください。
- ② 現住所等、受験票の送付先を記入ください。

