

令和 6 年 4 月採用
歯科衛生士 募集要項（中途採用）

令和 5 年 12 月 15 日

1. 募集職種・応募資格等

職 種	採用予定数
歯科衛生士	1 名
応募資格	※①、②の要件を全て満たす方 ①歯科衛生士師免許を有する方 ② 1978（昭和 53）年 4 月 2 日以降に生まれた方 [年齢制限理由]雇用対策法施行規則第 1 条の 3 第 1 項第 3 号のイの規定による

2. 試験日・申込期間・試験内容等

試験日	試験日 令和 6 年 1 月 27 日（土） ※詳細は文書にて通知します。
申込期間	令和 5 年 12 月 15 日（金）～令和 6 年 1 月 19 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 6 年 1 月下旬～2 月上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 歯科衛生士免許証の写し（A4サイズ） ④ 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 6 年 1 月 19 日（金）必着
	郵送	提出書類を封筒に入れ、封筒の表に「 歯科衛生士試験申込 」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 6 年 1 月 19 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

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。

◆ 給与・手当 ※中途採用の基本給は、別途規程に基づき初任給に加算します。

（例）医療機関で歯科衛生士（正規職員）として 5 年勤務した場合

【月額給与モデル】 247,300 円（概算）

【詳細】

	歯科衛生士（5 年目）
基本給等(地域手当含む。)	213,622 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

(例) 医療機関で歯科衛生士（正規職員）として 10 年勤務した場合

【月額給与モデル】 265,531 円（概算）

【詳細】

	歯科衛生士（10 年目）
基本給等(地域手当含む。)	231,853 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

勤務時間	就業時間： 週 3 8 時間 4 5 分 8：15～17：00 （休憩時間 60 分） 休 日：土日祝
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、その他レクレーション助成金 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) 最終合格者は、原則として令和 6 年 4 月 1 日付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。ただし、内定者の合意を得たうえで前倒して採用を行う場合があります。
- (2) 健康診断により就労が困難と判断された場合、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。

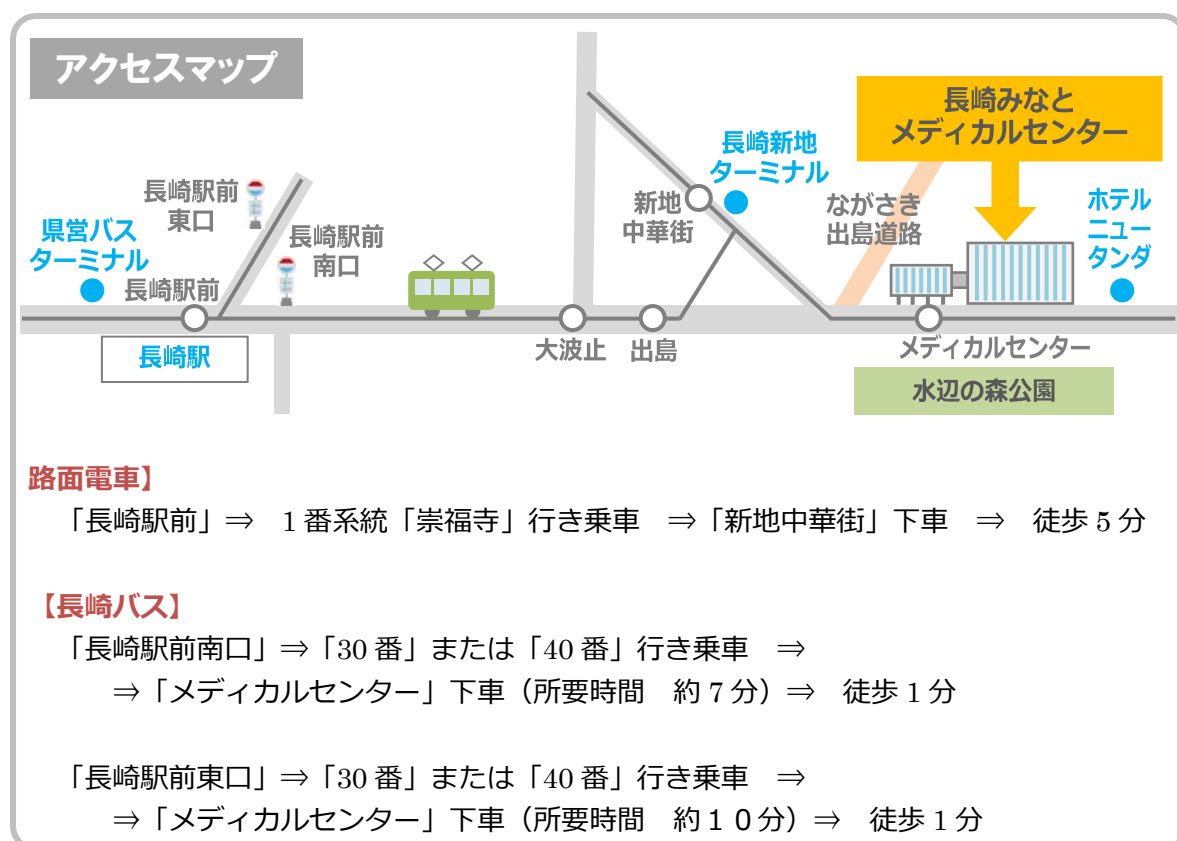
◆ 試験関係情報の緊急連絡について

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。

◆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 〇年〇月〇日	

※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 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 - xxxxx - xxxxx		
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
最終(又は現在) 〇〇〇〇大学	〇〇学部〇〇学科	2018年4月～ 2022年3月	☐ 卒業 ☒ 卒業見込 ☐ 中退
最終前 〇〇〇〇高等学校	〇〇科	2015年4月～ 2018年3月	☒ 卒業 ☐ 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。

