

薬剤師 募集要項

1. 募集職種・応募資格等

職 種	採用予定数	勤務場所
薬 剤 師	若干名	長崎みなとメディカルセンター
応 募 資 格		
① 薬剤師免許を有する方、又は令和元年度の国家試験で取得見込みの方		
② 昭和35年4月2日以降に生まれた方		

2. 試験日・申込期間等

試験日時	令和元年7月23日(火) 集合時間 9:30(開場 9:20) 筆記試験 9:45～10:35(50分) 作文試験 10:50～11:50(60分) 人物試験 12:00～ ※携帯電話を時計の代用品として使用することはできません。 ※人物試験が終了した方から随時解散となります。
試験内容	【筆記試験】 業務に必要な専門的知識をみるための記述式試験 【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 ※インターネットが利用可能なパソコン・スマートフォン等から 事前に適性テストを受けて頂きます。 (事前に応募者を選考するものではありません。) ※適性テストの詳細については、応募書類が採用担当に到着後、 受験票と併せて送付いたします。

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39号）
結果発表	令和元年8月9日（金）までに、受験者全員に文書で通知します。

3. 提出書類・応募方法

受付期間	令和元年7月12日（金）～7月19日（金）	
提出書類	<ul style="list-style-type: none"> ① 採用試験申込書 ② 受験票 ③ 指導教員等の推薦状（A4用紙・任意様式） ④ 卒業・修了（見込み）証明書 ⑤ 成績証明書（大学院修了者は学部及び大学院のものを1部ずつ） ⑥ 薬剤師免許証の写し ※免許取得者のみ ⑦ 返信用封筒（長形3号封筒） <p>※返信用封筒には82円切手を貼り、宛先を明記してください。 ※応募書類は一切返却いたしません。</p>	
申込方法	郵送の場合	提出書類を封筒に入れ、封筒の表に「薬剤師試験申込」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。 ※7月19日（金）必着
	持参の場合	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。 ※受付時間：午前9時～午後5時（土日、祝日を除く）
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。 (http://shibyo.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「薬剤師試験案内請求」と朱書き、120円切手を貼った宛先明記の返信用封筒（長形3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。

- ◆ **給与・手当** ※下記は初任給の給与モデルです。経験に応じて別途加算があります
※諸手当はそれぞれの支給要件に応じて支給されます。

区分		大学6卒
基本給（地域手当含む）		206,824円
諸手当	住居手当	上限額 27,000円/月
	通勤手当	上限額 55,000円/月
	その他	扶養手当、休日勤務手当、時間外勤務手当 等
期末手当・勤勉手当（賞与）		年2回（平成30年度実績 年間3.95月分）

- ◆ **勤務時間・休日・福利厚生**

勤務時間	就業時間： 週38時間45分 ※月に1～2回程度、夜勤（16:00～9:00）あり
休日	4週8休 （年間休日数 121日 ※目安の日数です。年により異なります。）
休暇等	年次有給休暇：年間20日（4月1日採用者は15日） 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、 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

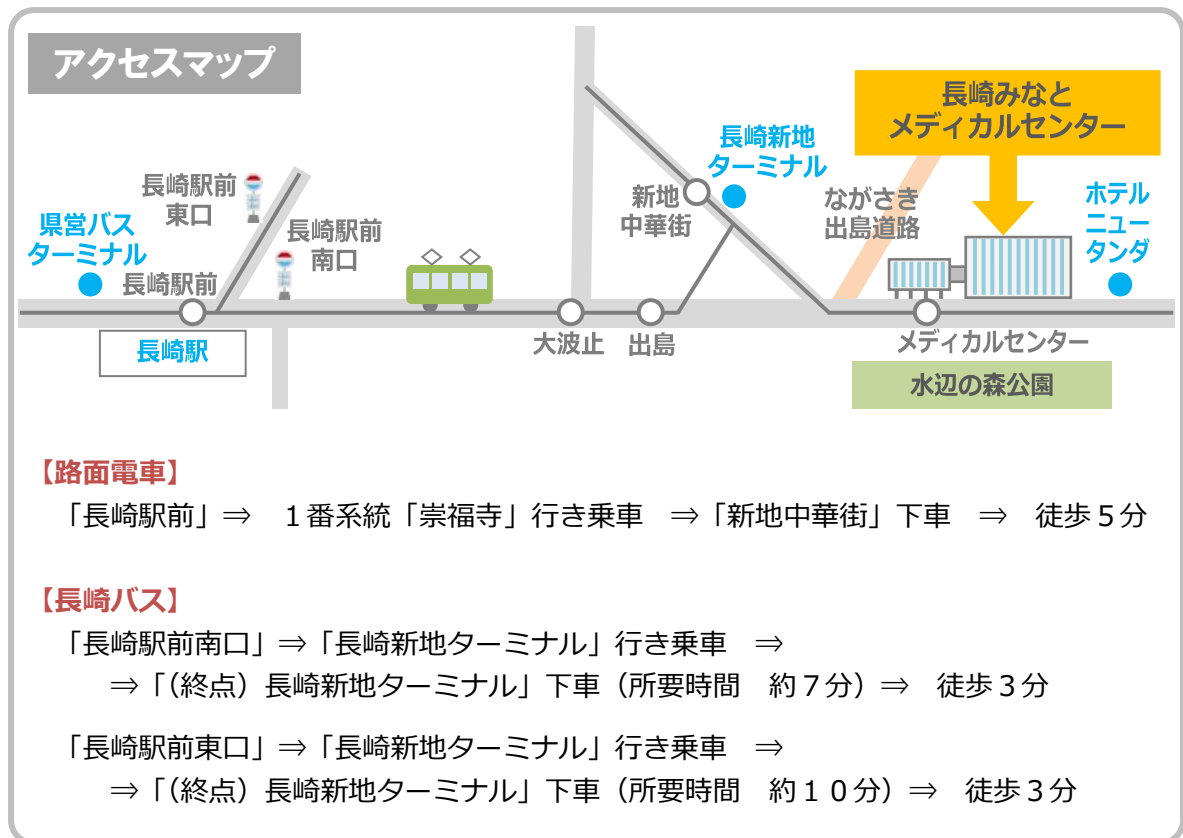
◆ 合格から採用まで

- (1) 最終合格者は、随時または令和 2 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) 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、及び令和元年度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、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）

採用試験申込書 記入要領

地方独立行政法人長崎県立病院機構職員 採用試験申込書		試験職種	受験番号※	
※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)7年4月2日 年齢 24歳(2020.4.1現在)			
現住所	〒xxxx-xxxx ○○県○○市○○町xxxxx			
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	2014年4月～ 2020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	2014年3月～ 2011年4月	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退

太枠部分を記入ください。

【写真】

「受験票」と同じ写真を貼付ください。

【生年月日】

年齢は令和2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】

日中、連絡のとれる電話番号を記入ください。

【メールアドレス】

試験に関する連絡や緊急時などに、メールで案内することがあります。

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に設定ください。

【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。

【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3封筒に82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。

