

# 平成29年度採用石川県立中央病院診療放射線技師募集案内

平成28年5月23日  
石川県

受付期間 平成28年5月23日(月)～6月29日(水)(6月29日までの消印有効)  
試験日 平成28年7月10日(日)

平成29年度採用石川県立中央病院診療放射線技師選考試験を次のとおり行います。

## 1 採用予定人員

診療放射線技師 1名程度

## 2 受験資格

昭和52年4月2日以降に生まれた者で、診療放射線技師の免許を現に有する者又は平成29年3月までに実施される免許取得の国家試験に合格し、免許を取得する見込みの者

ただし、地方公務員法第16条に規定する次のいずれかに該当する者は受験できません。

ア 成年被後見人又は被保佐人

イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者

ウ 石川県職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過しない者

エ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

## 3 試験の方法

| 試験種目 | 配点  | 内 容                                   |
|------|-----|---------------------------------------|
| 専門試験 | 30点 | 職務に必要な専門的知識及び能力について択一式による筆記試験を行います。   |
| 作文試験 | 20点 | 課題に対する理解度、思考力及び文章による表現力について作文試験を行います。 |
| 面接試験 | 50点 | 主として人物について、個別面接により試験を行います。            |

## 4 試験の日時及び場所

### (1) 日 時

平成28年7月10日(日)

午前8時30分 受付開始

午前9時 筆記試験(専門・作文)開始

午前11時 面接試験開始

### (2) 場 所

石川県立中央病院

## 5 合格発表

平成28年8月上旬予定

## 6 合格から採用まで

合格者は、原則平成29年4月1日以降、正規採用することとなります。

なお、平成29年3月までに実施される免許取得の国家試験により診療放射線技師免許を取得できなかった者は、採用資格を失います。

## 7 応募手続

### (1) 申込書等の請求

ア 申込書は石川県立中央病院総務課で交付します。

イ 申込書を郵送で請求する場合は、封筒の表に「診療放射線技師申込書請求」と朱書きし、120円分の切手を貼った返信先明記の封筒(33cm×24cm程度)を同封し、石川県立中央病院総務課へ請求してください。

### (2) 申込み

下記の書類を石川県立中央病院総務課に提出して下さい。

郵送する場合は、封筒の表に「診療放射線技師申込」と朱書きし、石川県立中央病院総務課あて簡易書留で郵送して下さい。

応募締切後、7月5日(火)までに試験実施内容等を郵便で通知いたします。

(7月5日までに通知が届かない場合は、必ず連絡願います。)

ア 平成29年度採用石川県立中央病院診療放射線技師選考試験申込書

イ 履歴書(本県で定めた様式によること。)

ウ 資格を有する者は当該資格証(写し、A4サイズに縮小したもの)、その他の者は成績証明書

## 8 受付期間等

平成28年5月23日(月)から6月29日(水)まで

- (1) 受付事務は、午前8時30分から午後5時15分まで行います。  
ただし、土曜、日曜及び祝日は受付事務を行いません。
- (2) 郵送の場合は、平成28年6月29日までの消印のあるものについて受け付けます。

## 9 試験結果の開示について

この試験の結果については、石川県個人情報保護条例第23条第1項の規定により、口頭で開示を請求することができます。

なお、電話、はがき等による請求はできませんので、受験者本人が、当方から発出した受験者本人宛の通知書又は自動車運転免許証、旅券等官公署の発行する写真貼付の証明書、その他本人であることを確実に証明できる書類を持参の上、土曜、日曜、祝日を除く午前8時30分から午後5時15分までの間に開示場所へお越し下さい。

| 開示請求できる人 | 開示内容              | 開示期間             | 開示場所                          |
|----------|-------------------|------------------|-------------------------------|
| 試験不合格者   | 種目別得点、その合計点及び総合順位 | 合格発表の日から起算して1か月間 | 石川県立中央病院総務課<br>(金沢市鞍月東2丁目1番地) |

## 10 採用後の身分・勤務所属

身 分：石川県職員(地方公務員)

勤 務 所 属：石川県立中央病院

## 11 給与等の待遇

### (1) 初任給

| 資格          | 学歴等   | 給 料       |
|-------------|-------|-----------|
| 診療放射線<br>技師 | 大学卒   | 183,800 円 |
|             | 短大3年卒 | 172,500 円 |

(注) 人事委員会勧告に基づき改定されることがあります。

学校卒業後、職業経験等一定の経験がある場合は、所定の金額が加算されます。

### (2) 諸手当

期末手当、勤勉手当、扶養手当、通勤手当、住居手当、時間外勤務手当等が、それぞれの支給要件に応じて支給されます。

### (3) 勤務時間等

週休2日制(週38時間45分勤務制)等となっています。

また、休暇は、年次有給休暇(年間20日、採用1年目は採用月に応じ2~15日)のほか夏期休暇、結婚休暇、産前産後休暇などの特別休暇が付与されます。

そのほか、子が3歳に達するまで育児のため休業することができる育児休業制度などがあります。

### (4) 福利厚生

院内保育所が設置されている他、健康の維持・増進のための各種健康診断、給付・貸付事業を行う共済制度及び互助会制度等があります。

## 12 問い合わせ・選考試験申込書提出先

〒920-8530

金沢市鞍月東2丁目1番地 石川県立中央病院 管理局総務課職員係

TEL(076) 238-7854

<http://www.pref.ishikawa.jp/ipch/>

FAX(076) 238-5366

平成29年度採用石川県立中央病院診療放射線技師選考試験申込書

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1 (ふりがな)<br>氏名                           | ( )                                 |
| 2 性別                                     | ( 男・女 )                             |
| 3 生年月日                                   | 昭和・平成 年 月 日生                        |
| 4 最終(現在)学歴<br>(学校、学部、学科名)                | (平成 年 月 卒業・卒業見込)                    |
| 5 現住所                                    | 郵便番号 —<br><br>(電話 — — ) (携帯電話 — — ) |
| 6 連絡先<br>[現住所と同じ場合は<br>同上と記入してくだ<br>さい。] | 郵便番号 —<br><br>(電話 — — ) (携帯電話 — — ) |
| 7 その他希望事項等                               |                                     |

私は、平成29年度採用石川県立中央病院診療放射線技師選考試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は募集案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、また、この申込書及び履歴書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名

印

- 記入上の注意
- 1 黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
  - 2 数字は算用数字を用いてください。
  - 3 各種通知は「6 連絡先」へ行います。



|                |                |
|----------------|----------------|
| 好きな科目          | 志望動機           |
| 特技             |                |
| 趣味、運動競技、所属サークル |                |
| 健康状況           | 希望する業務<br>第一希望 |
| 自己の性格          | 第二希望           |
|                | その他希望する事項      |

| 年号 | 年 | 月 | 免許・資格 |
|----|---|---|-------|
|    |   |   |       |
|    |   |   |       |
|    |   |   |       |
|    |   |   |       |
|    |   |   |       |
|    |   |   |       |
|    |   |   |       |
|    |   |   |       |
|    |   |   |       |

記入上の注意 希望する業務は、たとえば手術室、集中治療病棟等希望する業務があれば順位別に記載すること。