

# 茨城県立こども病院 事務職募集案内

令和3年1月



茨城県立こども病院

茨城県立こども病院に勤務する職員を次により募集します

- 1 募集人員 事務職（ソーシャルワーカー業務） 1名
- 2 受験資格 社会福祉士資格を有する方で、医療相談業務の実務経験が概ね5年以上ある方  
（精神保健福祉士資格を有している方が望ましい）
- 3 応募の方法
- (1) 申込書（別紙様式）に次の書類を添えて提出して下さい。（土・日曜日及び祝日を除き、午前9時から午後5時まで受付けます。）

提出先 茨城県立こども病院 事務局 総務課  
〒311-4145 水戸市双葉台3丁目3番地の1

- ① 履歴書（別紙様式による）
  - ② 身上申告書（別紙様式による）
  - ③ 身体検査書（別紙様式の検査項目を受診して下さい。）
  - ④ アプライシート（別紙様式による）
  - ⑤ 社会福祉士資格証の写し（精神保健福祉士資格を有している場合は精神保健福祉士資格証の写しをあわせて提出）
  - ⑥ 84円切手を貼ったあて先を明記した返信用封筒（長形3号〔縦23.5cm×横12cm程度〕）1通
- (2) 申込みは、本人又は代理人が持参、若しくは郵送のいずれでも差し支えありません。なお、一度提出いただいた応募書類は返還いたしません。  
※募集受付確認書及び受験票は募集締め切り後に郵送します。
- 4 採用試験等  
応募者を対象に、次により採用試験を行います。

- |              |                                                                           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------|
| (1) 日 時      | <u>採用予定人数に達するまで随時実施します</u><br><u>（試験日時は応募者と相談のうえ決定します）</u>                |
| (2) 場 所      | 茨城県立こども病院（地図参照）（受付場所1階防災センター前（時間外出入口））<br>JR常磐線 赤塚駅下車～バス（双葉台団地行き）済生会病院前下車 |
| (3) 試験方法     | 作文試験（1時間）及び面接試験<br>※応募者多数の場合は書類選考のうえ、書類選考合格者に対し上記試験を行います。                 |
| (4) 持 参 品    | 受験票、鉛筆又はシャープペン（HB又はB）、消しゴム                                                |
| (5) 合格発表及び通知 | 採用試験実施後、速やかに受験者全員に対し合否を通知します。                                             |

- 5 採 用  
原則として令和3年3月1日とします。（採用時期は応相談）
- 6 その他  
この試験についての問合せは、茨城県立こども病院 TEL029-254-1151  
総務課（内線102）へ連絡して下さい。

## （参 考：茨城県立こども病院について）



### 1 こども病院の性格

当病院は、茨城県における小児医療の中核病院として位置付けられており、一般の医療機関では診療が難しい高度医療を提供する、小児の専門病院です。

### 2 設置者と運営主体

当病院は、茨城県が設置した県立病院です。運営は、茨城県から指定管理を受けた、社会福祉法人<sup>恩賜財団</sup>済生会の支部である茨城県済生会が行っており、職員的身分は済生会職員で、勤務箇所は茨城県立こども病院となります。

#### ◆ 済生会とは ◆

済生会は、明治天皇が医療によって生活困窮者を救済しようと明治44(1911)年に設立しました。

100年以上にわたる活動をふまえ、日本最大の社会福祉法人として全国99の病院・診療所と、280の福祉施設等を運営し、全職員約59,000人が40都道府県で医療・保健・福祉活動を展開しています。

### 3 病院の機能

- (1) 標榜科目は小児内科、新生児内科、小児血液腫瘍内科、小児循環器内科、小児神経心療内科、小児内分泌・代謝内科、小児感染症内科、小児腎臓内科、小児アレルギー科、小児救急科、小児外科、新生児外科、小児泌尿器科、小児脳神経外科、心臓血管外科、小児形成外科、小児整形外科、麻酔科、放射線科の19科です。
- (2) 病床数は115床で、看護単位は6単位となっています。
- (3) 設備は、新生児特定集中治療室（NICU）、特定集中治療室（ICU）、骨髄・臍帯血移植のための無菌室のほか、320列マルチスライスのCTと1.5テスラのMRIなど、最新鋭の医療機器等が整備されています。
- (4) 診療は、医療機関や保健所等から紹介された患者を対象に行うシステムになっています。
- (5) 新生児については、隣接する茨城県周産期センターと連携し、出生後直ちに搬送し、治療できるような体制をとっており、その他の産科医療機関からの要請に対しては、24時間体制で待機中のNICU車（新生児救急車）が出動し、転院搬送するシステムになっています。  
なお、NICU車には最新鋭の医療機器を搭載し、車内で体温の維持、輸液管理、呼吸管理等の手当を行うため、医師と看護職員が搭乗します。
- (6) 当院では小児外科、心臓血管外科及び小児脳神経外科等において、外科的手術を実施しております。

### 4 勤務条件等

- (1) 勤務時間は1週間について38時間45分で、完全週休2日制を実施しています。
- (2) 始業時刻は午前8時30分で終業時刻は午後5時となっており、1日の勤務時間は7時間45分です。（休憩時間45分）
- (3) 休暇は、こども病院就業規則により、年次有給休暇、療養休暇の外、夏季休暇等の特別休暇が与えられます。  
年次有給休暇（年間20日間）、療養休暇、特別休暇（夏季休暇（5日間）、結婚休暇、産前産後休暇、育児休暇、子の看護休暇等21種類）、育児休業等

## 5 給与等

- (1) 給与は、茨城県職員の給与を基準にし、他の公的病院の給与等との均衡も考慮して「こども病院職員給与規程」により定められています。

参考までに、学校卒業後に医療相談業務実務経験5年で採用された場合の初任給(令和2年度)は次のとおりです。

●学校卒業後に医療相談業務実務経験5年で採用された場合の初任給(令和2年度)

| 職 種 | 学歴免許         | 給 料 月 額  | 備 考       |
|-----|--------------|----------|-----------|
| 事務職 | 大学卒の場合(経験5年) | 233,836円 | ※地域手当を含む。 |
|     | 短大卒の場合(経験5年) | 221,434円 |           |
|     | 高校卒の場合(経験5年) | 207,230円 |           |

※上記以上の経験年数(職務経歴)がある場合は、原則として上記金額に一定額が加算されます。

※このほか、通勤手当、住居手当、時間外勤務手当、扶養手当などの諸手当を支給

- (2) 賞与は、6月、12月に年間4.45か月(令和2年度適用)以内で支給されます。

## 6 福利厚生

- (1) 健康保険、厚生年金、雇用保険及び労災保険が適用になります。
- (2) 退職金制度及び退職共済制度に基づく退職給付制度があります。
- (3) 宿舍(女性のみ)は個室(6畳)で、冷暖房が完備しています。室料は1カ月あたり3,300円(光熱水費含む。)ですが、入居は任意です。
- (4) 出産後3年間は、育児に専念できる育児休業制度があり、病院内には保育所(24時間保育)も完備しています。
- (5) レクリエーション事業、総合学習支援事業(文化教養講座受講料補助・キャリアアップ支援事業)、海の家・山の家利用助成(契約施設の宿泊費、プール利用料等補助)、永年勤続リフレッシュ事業(旅行券交付・休暇付与)、診療費補助制度等があります。

## 7 研修制度

当病院では、院内研修及び国内における院外専門研修等のほか、海外研修の機会があります。

## ＜茨城県立こども病院交通案内地図＞



### ■バスをご利用の場合(茨城交通バス)

- ・水戸済生会総合病院経由双葉台行き「済生会病院」下車
- ・JR赤塚駅から約15分
- ・JR水戸駅から約40分

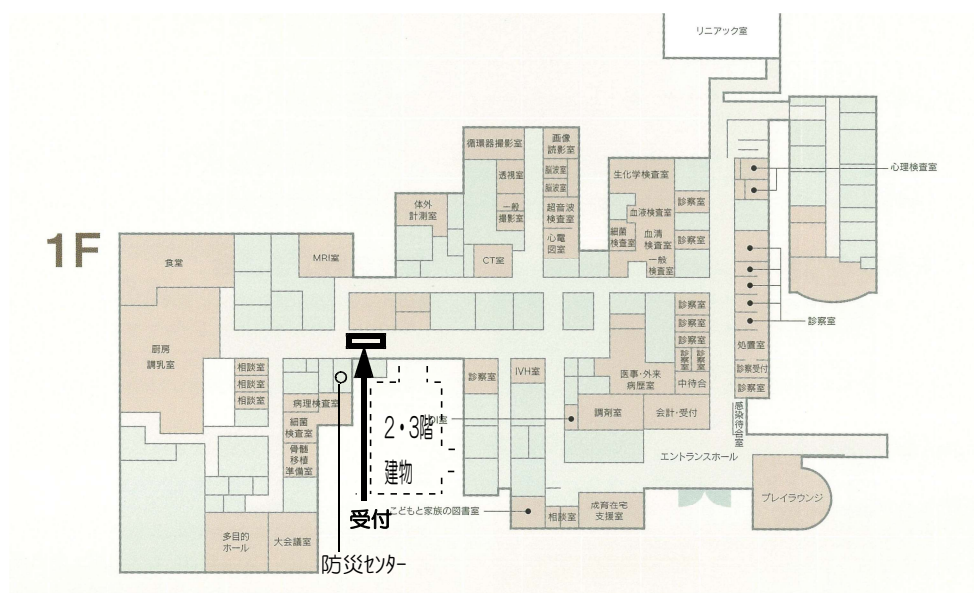
### ■タクシーをご利用の場合

- ・JR赤塚駅から約10分
- ・JR水戸駅から約25分

### ■自家用車をご利用の場合

- ・常磐道水戸I.Cから約10分

## ＜茨城県立こども病院館内図（1階）＞



# 茨城県立こども病院職員採用試験申込書 (事務職)

写 真  
4 cm × 4 cm

|               |                   |                             |            |                   |
|---------------|-------------------|-----------------------------|------------|-------------------|
| 受験番号<br>氏 名   | (受験番号)            | (氏 名) ⑩                     |            |                   |
| 本 籍<br>生年月日   | (本 籍)<br>都道府県     | (生年月日)<br>昭和・平成 年 月 日 ( 才 ) |            |                   |
| 住 所           | 〒 TEL ( )         |                             |            |                   |
| 連 絡 先         | 〒 TEL ( )         |                             |            |                   |
| 在学又は<br>最終学校名 | 平成・令和 年 月 卒業・卒業見込 |                             |            |                   |
| 資格免許<br>の有無   | 資 格<br>の名称        |                             | 取 得<br>年月日 | 平成<br>年 月 日<br>令和 |

..... き り と り せ ん .....

|                     |  |
|---------------------|--|
| 茨城県立こども病院事務職採用試験受験票 |  |
| 受験番号                |  |
| 氏 名                 |  |

- (注) 1 この受験票は、募集締め切り後に郵送致します。
- 2 受験番号は空欄のままで結構です。氏名だけ記入して下さい。

# 履 歴 書

No. 1

|                            |                     |                             |     |                |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|-----|----------------|
| 写 真<br><br>4 cm × 4 cm     | (ふ り が な)           |                             |     |                |
|                            | 氏 名                 | (印)                         |     |                |
|                            | 旧 氏 名               | (異動 平成・令和 年 月 日)            |     |                |
|                            | 生 年 月 日             | 昭和・平成 年 月 日 ( 才)            |     |                |
| 本 籍 都・道・府・県                |                     |                             |     |                |
| (ふ り が な)                  |                     |                             | 電 話 |                |
| 現 住 所                      | 〒 (      -      )   |                             | 局 番 |                |
| (ふ り が な)                  |                     |                             | 電 話 |                |
| 家 族 の 現 住 所                | 〒 (      -      )   |                             | 局 番 |                |
| (ふ り が な)                  |                     |                             | 電 話 |                |
| 連 絡 先                      | 〒 (      -      )   |                             | 局 番 |                |
| 学 歴 ・ 小 学 校 から 記 載 す る こ と | 学校名 学部学科名<br>(専攻科目) | 修 学 期 間                     | 年数  | 修 学 区 分        |
|                            |                     | S・H・R 年 月 日～<br>S・H・R 年 月 日 |     | 卒 卒見込 第 学年・修・退 |
|                            |                     | S・H・R 年 月 日～<br>S・H・R 年 月 日 |     | 卒 卒見込 第 学年・修・退 |
|                            |                     | S・H・R 年 月 日～<br>S・H・R 年 月 日 |     | 卒 卒見込 第 学年・修・退 |
|                            |                     | S・H・R 年 月 日～<br>S・H・R 年 月 日 |     | 卒 卒見込 第 学年・修・退 |
|                            |                     | S・H・R 年 月 日～<br>S・H・R 年 月 日 |     | 卒 卒見込 第 学年・修・退 |

\*履歴書No. 2も記入願います。

## 履 歴 書

No. 2

| 試<br>験<br>等 | 試験・資格・免許の名称 |     | 取 得 年 月 日 |         | 取 扱 機 関 |  |
|-------------|-------------|-----|-----------|---------|---------|--|
|             |             |     | S・H・R     | ・       | ・       |  |
|             |             |     | S・H・R     | ・       | ・       |  |
|             |             |     | S・H・R     | ・       | ・       |  |
|             |             |     | S・H・R     | ・       | ・       |  |
| 年 月 日       |             | 職 歴 |           | 発 令 機 関 |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |
| S・H・R       |             |     |           |         |         |  |

# 身 上 申 告 書

|                        |                  |       |          |       |          |               |  |
|------------------------|------------------|-------|----------|-------|----------|---------------|--|
| (ふりがな)<br>氏 名          |                  | 性 別   | 男<br>女   | 配偶者   | ある<br>ない | 在学中最も得意とした学科  |  |
| 生 年 月 日                | 昭和・平成 年 月 日      |       |          |       |          | 在学中最も不得意とした学科 |  |
| 本 籍                    | 都・道・府・県          |       |          |       |          | 性 格           |  |
| 現 住 所                  |                  |       |          |       |          | 所属クラブ等        |  |
| 生計を一にする<br>家族の居住地      |                  |       |          |       |          | 資 格・特 技       |  |
| 現 在 の 職 業              | 勤 務 先            | 所 在 地 | 職名及び職務内容 |       |          | 趣 味・嗜 好       |  |
| 最 終 学 校 名<br>卒 業 年 月 日 | (平成・令和 年 月卒・卒見込) |       |          |       |          | 運 動           |  |
| 家 族 の 状 況              | 続 柄              | 氏 名   | 年 齢      | 居 住 地 | 健康状態     | 備 考           |  |
|                        |                  |       |          |       |          |               |  |

上 記 の と お り 申 告 い た し ま す。

令和 年 月 日

(氏 名)



茨城県立こども病院長 殿

(記載上の注意)

- 1 家族の状況欄には、父母、子、兄弟姉妹については、生計を一つにしていない者についても記載すること。
- 2 健康状態欄には、健康、虚弱のいずれかを記載し、虚弱の場合は病名を備考欄に記載すること。



# 身 体 検 査 書

茨城県立こども病院

|       |  |      |              |
|-------|--|------|--------------|
| 氏 名   |  | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 |
| 現 住 所 |  |      |              |

|                |                                           |     |     |       |                                               |
|----------------|-------------------------------------------|-----|-----|-------|-----------------------------------------------|
| 身 長            |                                           |     | cm  | 眼 疾   | 有 ( ) ・ 無                                     |
| 体 重            |                                           |     | kg  | 聴 力   | 正常・異常 ( )                                     |
| 胸 囲            |                                           |     | cm  | 耳 疾   | 有 ( ) ・ 無                                     |
| 四 肢            | 正常・異常 ( )                                 |     |     | 血 圧   | ～ mmHg                                        |
| 視 力            | 右                                         | ( ) |     | 尿 検 査 | 蛋白：－ 土 ＋ 卅 卅<br>糖：－ 土 ＋ 卅 卅<br>ウロビリノーゲン：正常・異常 |
|                | 左                                         | ( ) | 矯 正 |       |                                               |
| 色 覚            | 正常・異常 ( )                                 |     |     |       |                                               |
| 胸 部 X 線<br>検 査 | 所 見 ( )                                   |     |     |       |                                               |
| 既 往 症          | 有 ( ) ・ 無                                 |     |     |       |                                               |
| 現在治療中の<br>疾 病  | 有 ( ) ・ 無                                 |     |     |       |                                               |
| そ の 他 の<br>所 見 | (消化器、循環器、感覚器、呼吸器、神経系等の異常の有無)<br>有 ( ) ・ 無 |     |     |       |                                               |
| 精密検査の<br>要 否   | 要 ( ) ・ 否                                 |     |     |       |                                               |

検査の結果は、上記のとおりです。

令和 年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 氏 名



\*お 願 い

- ・各欄の ( ) の中には具体的に記入して下さい。
- ・精密検査の必要があると認める場合は、疾病、検査名等について指示願います。
- ・この身体検査書は、本人持参の封筒にに入れて密封のうえお渡し願います。

受験者各位へ

## 身体検査を受ける場合の注意事項

身体検査を受ける場合は、次の事項に注意して下さい。

1. 受験者は封筒と共に身体検査書用紙を医療機関に持参し、同医療機関の指示に従い身体検査を受けること
2. 身体検査書の氏名・住所・生年月日欄は、各自が正確に記入しておくこと。
3. 身体検査書は、密封のまま提出すること。
4. 検査に要した経費は、本人負担となるので、当該医療機関の指示に従い納付すること。

## アプライシート

|     |  |       |    |   |   |   |
|-----|--|-------|----|---|---|---|
| 氏 名 |  | 作 成 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 勤務先 |  |       |    |   |   |   |

※ 以下の内容について記載してください。

### 1 志望の動機又は理由

|  |
|--|
|  |
|--|

### 2 履歴書の職歴に記載した各職場において、どのような業務にどの程度の期間携わったかを、出来るだけ詳細に文章で説明して下さい。（職歴がない場合には、在学中に学んだ内容や取り組んだ内容について記載してください。）

|  |
|--|
|  |
|--|

- 3 上記2に記載した業務において、ソーシャルワーカー等として小児の事例に係わった経験があれば、その事例の内容と具体的に対応した内容について、記載してください。（3例程度）

- 4 当院で勤務することとなった場合に、ソーシャルワーカーとして心掛けたいことや積極的に取り組みたい(実現したい)ことがあれば記載してください。

- 5 職場の上司や同僚、友人とのコミュニケーションのとり方について、日頃心掛けていること等があれば記載してください。

- 6 あなたのアピールポイントについて記載してください。