

## 広島市立舟入市民病院 障害のある方を対象とした募集（臨時職員）

事業所名	広島市立舟入市民病院
募集人員	1名
業務内容	<p>① 施設管理（植栽管理・敷地及び敷地周辺の清掃）などの軽作業</p> <p>② データ入力、ファイリング等書類整理、資料等印刷・配付、パソコンによるデータ検索・出力 その他事務補助</p> <p>③ 給食の配膳・下膳、ベッド周りの掃除などの軽作業</p> <p>※ご本人の希望や諸事情を考慮して、業務内容を決定します。</p>
必要な免許・資格	<p>次に掲げる手帳等の交付を受けている人</p> <p>①身体障害者手帳</p> <p>②療育手帳又は児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医若しくは障害者職業センターによる知的障害者であることの判定書</p> <p>③精神障害者保健福祉手帳</p>
必要な経験等	不問
勤務時間	<p>月曜日～金曜日の1日6時間勤務（休憩1時間）</p> <p>（勤務時間は、原則8時30分からとするが、ご本人の希望や諸事情を考慮して変更することがあります。）</p>
待遇	<p>（賃金）日額 6,620円</p> <p>（手当）時間外勤務手当 通勤手当 日額 2,000円まで（上限額） ただし、通勤距離が片道2km以上の者に限り規程に基づき支給</p> <p>（休日）土曜日・日曜日・祝日</p> <p>（加入保険）健康保険、厚生年金、雇用保険、労災保険</p> <p>（年次有給休暇）有（6ヶ月経過後付与）</p> <p>（昇給）（賞与）（退職金制度）無</p>
選考	<p>面接による</p> <p>事前に電話連絡のうえ、所定の申込書（写真貼付）を送付（持参可）</p> <p>※職場内での配慮を考慮するため、可能であれば障害者手帳の写し（障害が分かる部分）の提出か、応募書類に障害の種類や程度の記載をお願いします。</p>
問い合わせ先	<p>広島市立舟入市民病院 事務室庶務係</p> <p>〒730-0844 広島市中区舟入幸町14番11号</p> <p>TEL 082-232-6149（直通）</p> <p>FAX 082-232-6156</p>

広島市立舟入市民病院臨時職員採用試験申込書

ふりがな		試験区分	性別 男 ・ 女
氏名			
生年月日 昭和・平成 年 月 日生		年齢 〔 申込時ではなく、 令和3年4月1日現在 〕 満 歳	写 真 (タテ5cm×ヨコ4cm) 1 申込みの際に最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身の写真を貼ってください。 2 写真の裏面に氏名を記入してください。 3 裏全面にのり付けし、はがれないようにしっかりと貼ってください。
現住所 〒 _____ 方			
Tel _____ 携帯電話 _____ E-mail: _____			
連絡先 (帰省先等、現住所以外の連絡先あれば必ず記入してください。) 〒 _____ Tel ( ) _____			

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在 学 期 間	修学区分
		最終(現在)			市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月
	その前			市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒 業 その他 ( )
	その前			市・区 町・村	昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	卒 業 その他 ( )
職 歴	勤務先 (部課名まで)	職 務 内 容		所 在 地	勤 務 期 間	
	最終(現在)				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
	その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
	その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
	その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
	その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
	その前				昭・平・令 昭・平・令 __年__月 ~ __年__月	
資 格 ・ 免 許	名 称		取 得 年 月	名 称		取 得 年 月
			昭・平・令 __年__月 取得 取得見込			昭・平・令 __年__月 取得 取得見込
			昭・平・令 __年__月 取得 取得見込			昭・平・令 __年__月 取得 取得見込

合格した場合の勤務開始可能年月	令和 年 月
-----------------	--------

志望の動機、特技、好きな学科など（自筆でお書きください。）

本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望があれば記入）

（自筆でお書きください。）

可能であれば、障害の種類や程度の記載をお願いします。（障害者手帳の写し（障害が分かる部分）の提出でも可）

通勤時間

約 時間 分

扶養家族数（配偶者を除く）

人

配偶者

有 ・ 無

配偶者の扶養義務

有 ・ 無

私は、広島市立舟入市民病院臨時職員採用試験を受験したいので申し込みます。

なお、申込書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

（自 署）