

独立行政法人国立病院機構 看護職員募集要項

令和5年度採用看護職員 統一採用試験のご案内

[第1回]

試験日 令和4年6月18日(土)
願書受付期間 令和4年4月25日(月)～6月2日(木)必着
実施病院 全20病院

[第2回]

試験日 令和4年8月6日(土)
願書受付期間 令和4年6月20日(月)～7月21日(木)必着
実施病院 下記(※)の病院のみ

北海道東北グループ管内病院(20病院)

【北海道】 北海道がんセンター 北海道医療センター 函館病院(※)
旭川医療センター 帯広病院(※)
【青森県】 弘前病院(※) 八戸病院(※) 青森病院
【岩手県】 盛岡医療センター(※) 花巻病院 岩手病院 釜石病院(※)
【宮城県】 仙台医療センター 仙台西多賀病院 宮城病院
【秋田県】 あきた病院(※)
【山形県】 山形病院 米沢病院(※)
【福島県】 福島病院(※) いわき病院(※)

お問い合わせ

独立行政法人国立病院機構 北海道東北グループ

〒983-0045 宮城県仙台市宮城野区宮城野2-8-8
TEL 022-291-0413 (平日9:00～17:00)
FAX 022-297-3915

令和5年度(4月)採用看護職員 募集要項

～ 北海道東北グループ統一採用試験のご案内 ～

1. 募集職種

看護師・助産師

2. 試験日

1回目：令和4年6月18日(土)

2回目：令和4年8月6日(土)

※いずれかの日程を選択ください。

※第1回採用試験で、応募書を提出した方は、第2回採用試験を受けることはできません。

※2回目の採用試験では、1回目と同じ病院を受けることはできません。

※追加試験につきましては、採用予定数に満たない病院において実施します。試験日程は希望する病院へお問い合わせください。

3. 採用コース (表1のとおり)

【一般採用コース】

通常の採用コースです。

【慢性期－急性期看護職員採用コース】

北海道東北管内の慢性期及び急性期病院に勤務しそれぞれの看護技術・実践能力を習得することで自分の目指す看護を實踐できる職場を選択することを目指した採用コースです。

(表1)

	募集職種	概要	選択病院	応募資格
一般採用コース	看護師 助産師	希望する病院での勤務	北海道東北グループ管内20病院のうち第1希望から第3希望まで選択可能	●令和5年3月に看護師または助産師の資格取得見込みの方 ●看護師または助産師の資格を有する方
慢性期－急性期看護職員採用コース	看護師	【1・2年目】 【慢性期病院勤務】 慢性期看護師として看護実践能力を身につける	・帯広病院 ・あきた病院 ・米沢病院	●令和5年3月に看護師資格取得見込みの方 (准看護師で勤務経験のある方、機構病院から奨学金の貸与を受けている方は除く)
		【3年目】 【急性期病院勤務】 急性期看護師として看護実践能力を身につける	・北海道がんセンター ・北海道医療センター ・弘前病院 ・仙台医療センター	
		【4年目以降】	2施設より選択	

4. 応募方法

1) 提出書類

受験希望職種	令和5年3月資格取得見込みの方	資格を有する方
看護師	①願書(指定の用紙) ②成績証明書 ③卒業見込証明書	①願書(指定の用紙) ②看護師免許証(写)
助産師	上記内容書類一式①～③ ④看護師資格を有する方は、 看護師免許証(写)	上記内容書類一式①～② ③助産師免許証(写)

※願書は国立病院機構北海道東北グループのホームページからダウンロードしたのも使用できます(URL: https://hokuto.hosp.go.jp/recruit/nurse/nurse_recruit)

※1年課程の助産師養成所に在学中で、応募期間中に②成績証明書が発行されない場合や④看護師免許証の受け取りが間に合わない場合は、その旨を記載した用紙(任意様式)を同封してください。また、準備ができた時点で速やかに提出してください。

2) 提出先

- 一般採用コース 第1希望病院
慢性期-急性期看護職員採用コース 慢性期希望病院
- 送付の際は、「看護職員採用試験応募書類在中」と朱書きし、「看護職員採用試験担当者」宛てに提出してください。

3) 願書受付期間

[第1回] 令和4年4月25日(月)～6月2日(木)《必着》

[第2回] 令和4年6月20日(月)～7月21日(木)《必着》

※受験票が採用試験日の2日前までにお手元に届かない場合は願書提出先病院(第1希望病院)まで連絡をお願いいたします。

5. 試験会場 願書提出先病院

6. 採用試験内容 論文試験(800字程度の小論文)と面接試験

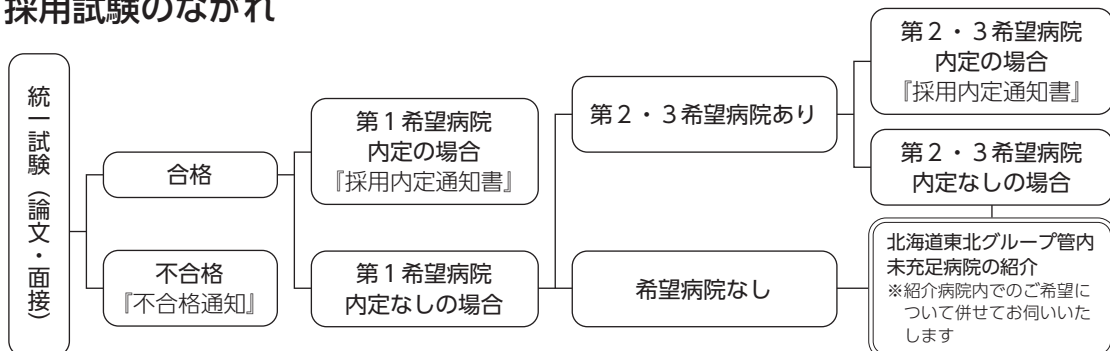
7. 試験結果の通知 各試験日から1ヶ月以内にお手元に届くように発送いたします。

8. 勤務先

採用先は、願書へ記載された第1希望病院を優先します。第1希望病院で採用内定とならない場合は、第2・3希望等の病院で採用内定することがあります。

なお、国家試験不合格の場合は、採用内定が取り消しになります。

9. 採用試験のながれ



* 大学または短期大学に在籍している方につきましては、採用内定通知の代わりに試験結果通知(内々定通知)を発出し、令和4年10月を目途に北海道東北グループから内定通知を送付いたします。

受験願書記載要領

下記の事項に注意し「黒か青」色の油性のサインペンまたはボールペンにて記載してください。

◎受験を希望日について[第1回]か[第2回]のどちらかを選択し、チェック☑してください

◎楷書で記載してください
◎必ず、フリガナを記載してください

◎アラビア数字で記載してください。
◎年齢は「願書提出時の年齢」を記載してください。

◎希望する採用コースと職種をチェック☑してください

◎北海道東北グループ管内 20 病院の中から希望病院を選択ください。第1病院以外での採用を希望されない場合は無記入でかまいません。

◎対象病院の中から希望病院を選択してください

◎高等学校以上の学歴について、正式な学校名にて記載してください
◎学部および学科も記載してください

◎職歴のある方は勤務先名称・職種・主な所属科について記載してください

◎扶養家族と配偶者の有無について記載してください

受験希望日 第1回 6月18日(土) 第2回 8月6日(土) 追加試験 月 日()

※指定された日付を記入してください

写真
(30mm×40mm)
写真撮影年月日と氏名を写真裏面に記入してください。(過去3ヶ月以内の写真を使用してください)

願 書

令和 年 月 日現在

フリガナ _____

氏 名 _____

性 別 男 女

生年月日 _____ 年 月 日 生 () 歳

現住所 _____
※アパート・マンション等の名称も明記ください

受験票・試験結果の送付先 _____
※現住所と異なる方のみ明記ください

連絡先 電話番号 (_____) 携帯番号 (_____)
E-mail (_____)

希望採用コース 一般採用コース・看護師 一般採用コース・助産師

希望職種 慢性期-急性期看護職員採用コース・看護師

一般採用コース勤務希望病院

1. _____ 2. _____ 3. _____

慢性期-急性期看護職員採用コース勤務希望病院

慢性期希望病院 _____ 急性期希望病院 _____

進学予定 有 無 保健師 助産師 大学編入 その他 (_____)

学 歴	学校名 (高等学校卒業から記入)	入学年月～卒業年月	該当事項に○
			年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込
		年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込
		年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込
		年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込

職 歴

在職期間	勤務先名称 (職種・主な所属科)
年 月 ～ 年 月	(.)
年 月 ～ 年 月	(.)
年 月 ～ 年 月	(.)
年 月 ～ 年 月	(.)
年 月 ～ 年 月	(.)

資格免許

◎看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年____月____日 登録)
◎助産師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年____月____日 登録)
◎准看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年____月____日 登録)
◎ _____	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年____月____日 登録)
◎ _____	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年____月____日 登録)

扶養家族(配偶者を除く) _____名 配偶者 有 無 配偶者の扶養義務 有 無

独立行政法人国立病院機構 北海道東北グループ

◎記入しないでください

◎該当する☐をチェック☑してください

◎合否等連絡する住所になります。アパート・マンション名まで全て明記してください
◎必ず受け取れる住所を記載してください

◎受験票・試験結果の送付先が現住所と異なる方のみ記載してください

◎電話番号は、必ず常時連絡が取れる番号を記載してください
◎連絡が取れるEmailをご記入ください。
◎書類の不備や受験日程の変更等、緊急の場合に電話とEmail双方から連絡する場合があります。

◎進学の予定と職種について、該当する☐をチェック☑してください

◎該当の資格、免許欄について☐をチェック☑してください。登録済みの方は登録年月日を記載してください。その他、医療に関係のある資格等がある場合は記載してください。

◎裏ページの「志望動機」「看護師・助産師としての自身の目標」「自己PR」についても記載してください

個人情報の取り扱いについて

提出いただく個人情報については、国立病院機構内における看護職員採用試験に関する事及び合格後の採用事務に係る人事情報管理に関する事のみ利用させていただきますのであらかじめご承知おきください。

また、個人情報については、北海道東北グループ及び北海道東北地区の各病院において万全の管理をいたします。

なお、提出いただいた個人情報に修正の必要が生じた場合には、北海道東北グループまたは各病院までお申し出ください。

【給与等について（令和3年度実績）】

※今後変更する可能性があります。

(1) 給与

独立行政法人国立病院機構職員給与規程により支給

職 種	初 任 給	給与総額（月額）の例
看護師（大学卒）	207,200 円	266,000 ～ 297,000 円
看護師（短大3卒）	197,900 円	256,000 ～ 287,000 円
看護師（短大2卒）	189,600 円	246,000 ～ 277,000 円
助産師	210,000 円	270,000 ～ 301,000 円

※給与総額は、初任給及び諸手当（夜勤手当、地域手当、賃貸居住の場合の住居手当、通勤手当等）を含む。超過勤務手当は別途支給

※経験年数によって初任給を加算

(2) 賞与

6月及び12月に、年間基本給等の4.2ヶ月分を支給

(3) 諸手当

夜間看護手当・夜勤手当：二交替夜勤1回当たり手当額 概ね 11,000円

三交替夜勤1回当たり手当額 概ね 5,000円

その他：住居手当、通勤手当、扶養手当、寒冷地手当、超過勤務手当（時間外勤務手当）、地域手当、救急呼出待機手当、専門看護手当（専門看護師、認定看護師）、診療看護師手当、特殊業務手当などの各種手当を支給

(4) 昇給

毎年1回実施

(5) 勤務時間・休暇

勤務時間：1日当たり7時間45分（休憩60分含む）

夜勤帯については各病院で設定

休日：週休2日制、祝日代休制度あり（年末年始含む）

休暇：年次有給休暇、年間最大20日（繰越最大20日間）の他、リフレッシュ休暇、結婚休暇、産前産後休暇、忌引き休暇、子の看護休暇などの制度あり

(6) 福利厚生

加入保険：厚生労働省第二共済組合、雇用保険に加入

子育て支援：院内保育所を16病院が設置

育児休業や育児短時間休業制度など充実

宿 舎：病院により宿舎あり

災害補償：工作中的ケガ、通勤中の事故などの災害補償制度あり

受験希望日	<input type="checkbox"/> 第1回 6月18日(土)	<input type="checkbox"/> 第2回 8月6日(土)	<input type="checkbox"/> 追加試験 月 日() ※指定された日付を記入してください。
-------	--	---	--

受験番号	※病院で記載
------	--------

願 書

写 真

(30 mm×40 mm)
写真撮影年月日と氏名を写真裏面に記入してください。(過去3ヶ月以内の写真を使用してください。)

令和 年 月 日現在

フリガナ			
氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日 生 () 歳		
現 住 所	〒(-) ※アパート・マンション等の名称も明記ください		
受験票・試験結果の送付先	〒(-) ※現住所と異なる方のみ明記ください		
連 絡 先	電話番号 (- -)	携帯番号 (- -)	E-mail (@)

希望採用コース 希望職種	<input type="checkbox"/> 一般採用コース・看護師	<input type="checkbox"/> 一般採用コース・助産師
	<input type="checkbox"/> 慢性期－急性期看護職員採用コース・看護師	

一般採用コース勤務希望病院		
1.	2.	3.
慢性期－急性期看護職員採用コース勤務希望病院		
慢性期希望病院		急性期希望病院
進学予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 大学編入 <input type="checkbox"/> その他 ()

学 歴	学校名 (高等学校卒業から記入)	入学年月～卒業年月	該当事項に○
		年 月～年 月	卒業・卒業見込
		年 月～年 月	卒業・卒業見込
		年 月～年 月	卒業・卒業見込
		年 月～年 月	卒業・卒業見込

職 歴	在職期間	勤務先名称 (職種・主な所属科)
	年 月～年 月	(.)
	年 月～年 月	(.)
	年 月～年 月	(.)
	年 月～年 月	(.)

資格・免許 (医療・福祉関係)	◎看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)
	◎助産師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)
	◎准看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)
	◎	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)
	◎	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)

扶養親族(配偶者を除く) _____名	配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の扶養義務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------------------	---	--

志望動機

看護師・助産師としての自身の目標

自己PR

病院記入欄