

令和4年度 島根県立こころの医療センター

会計年度任用職員採用試験受験案内

島根県立こころの医療センター

〒693-0032 出雲市下古志町1574-4

TEL 0853-30-0556

島根県立こころの医療センターでは、令和4年度に勤務する会計年度任用職員（改正後の地方公務員法第22条の2に規定する職員）を以下のとおり募集します。

■ 受付期間	令和3年12月20日（月） ～ 令和4年1月12日（水） ※ 郵送による場合は、1月12日（水）必着 受付時間は、午前8時30分から午後5時15分 （土日・祝日・12/29～1/3を除く）
■ 試験日	令和4年1月17日（月） ※ 時間は、受付締切後、受験票で通知します。
■ 合格発表	令和4年1月28日（金）

1 募集職種、予定人数及び職務内容

募 集 職 種	採 用 予定数	職 務 内 容
事 務 補 助	1 人	医療局地域生活支援室業務に係る文書作成、会議資料作成、 文書整理、電話・来客対応などの事務

- ・勤務場所は、出雲市下古志町1574-4 島根県立こころの医療センター
- ・詳細については、別紙も参考にしてください。

2 受験資格

（1）次の各号のいずれかに該当する人は受験できません。

- ア 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人
- イ 島根県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- ウ 日本国憲法施行の日以降において、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人

（2）別紙の各欄に記載の要件を満たす人

3 試験の日時、試験会場、合格発表

（1）試験日時、内容

令和4年1月17日（月）

時間は受付締切後、別途指定する時間（受験票で通知します）

- ・作文試験
- ・面接試験（個別面接）

(2) 試験会場

出雲市下古志町 1 5 7 4 - 4 島根県立こころの医療センター

(3) 合格発表

令和4年1月28日（金）

試験結果は、受験者全員（棄権者を除く）に郵送で通知します（当日、投函します）。

4 受験申込

- (1) 提出書類を、島根県立こころの医療センターに直接持参するか郵送により提出してください。郵送する場合は、封筒の表に「会計年度任用職員採用試験」と朱書きし、簡易書留郵便にしてください。

(2) 提出先（郵送・持参とも）

〒693-0032 出雲市下古志町 1 5 7 4 - 4
島根県立こころの医療センター 総務企画課
TEL 0853-30-0556

- (3) 受付は土日、祝日、12/29～1/3を除き、平日の8:30から17:15までです（令和3年12月20日（月）から令和4年1月12日（水））。郵送による場合は、1月12日（水）必着のものに限り受け付けます。

(4) 提出書類

①履歴書（市販のJIS規格） 1部

顔写真は、申込日前6ヶ月以内に撮影した、無帽、背景なしのもので、裏面に氏名を記入しはがれないようにしっかり貼ってください。

②申込書（別紙様式） 1部

③受験票（別紙様式） 1部

必要事項を記入の上、63円切手が添付してあるはがきの裏面に貼り付けること。表面には、受験者本人の郵便番号、住所、氏名を記入すること。なお、こちらから返送した受験票を試験当日に持参してください。

④84円切手を貼付した定型（長型3号）の封筒 1部

試験結果通知に使用します。表面には受験者本人の郵便番号、住所、氏名を記入し、84円切手を貼付してください。

※受験票は、申込みを受けた際すぐに交付はしないで、受付締切後に返送します。試験日の3日前になっても受験票が到着しない場合は、必ず島根県立こころの医療センターに問い合わせてください。

※申込書及び受験票の*欄を除くすべての欄にもれなく正確に記入してください。

5 採用

この試験の合格者は、原則として**令和4年4月1日から令和5年3月31日**まで任用します。なお、採用後1ヶ月又は勤務日数が15日に達するまでは、条件付き採用期間となります。勤務実績等の評価により、公募によらない再度任用は連続4回を上限として行う場合があります。

6 勤務条件等

別紙のとおりです（令和3年4月1日現在を記載しています。変更になる場合があります）。

7 試験結果の開示について

試験結果については、島根県個人情報保護条例第22条の規定により、口頭による開示請求をすることができます。口頭による開示請求は、受験者本人（代理人は不可）が「顔写真付きの身分証明書」（注）を持参の上、下記開示場所で行ってください。（電話は不可）

開示請求できる者	開示内容	開示期間	開示場所
受験者本人 （棄権者を除く）	得点（科目別 得点を含む） 及び順位	合格発表の日（結果通知発送 の日）から1月間	島根県立こころの医療 センター

（注）「顔写真付きの身分証明書」の例：運転免許証、旅券等

8 その他

- ・試験会場には受験票を持参してください。
- ・作文試験の受験者は、HB若しくはBの鉛筆又はシャープペンシル及びプラスチック消しゴムを持参してください。
- ・受験に際しての提出書類は、こころの医療センターにおいて責任を持って廃棄しますので、返却しません。
- ・受験に際して収集した個人情報は、採用試験以外に使用しません。
- ・不合格の場合でも、内定者の辞退により繰り上げ採用となる場合があります。該当者については、試験結果通知にその旨記載します。
- ・新型コロナウイルス感染症の今後の拡大状況によっては、急遽、試験を延期又は中止する場合などがあります。延期又は中止の決定及びその後の対応などについては、個別に電話連絡しますので、申込書の電話番号欄には昼間に連絡のつく連絡先を必ずご記入ください。
- ・受験手続、その他この試験についての問合せは、島根県立こころの医療センター総務企画課までお願いします。

〒693-0032 出雲市下古志町1574-4
島根県立こころの医療センター 総務企画課
TEL 0853-30-0556

※ この受験案内は、インターネットのホームページからダウンロードできます。
（ホームページアドレス <https://www.pref.shimane.lg.jp/sppmc/> ）

*所属	こころの医療センター	職種	事務補助	*受験番号
氏名（ふりがな）		性別	生年月日 年 月 日（満 歳）	
現住所（携帯電話については、連絡手段として了解いただける場合に記入してください） 〒 電話（自宅）（携帯）				

[illegible][illegible]

- (注) 1. *以外の部分すべてについて記入してください。
2. 黒インク又は黒のボールペンを用い、楷書でいねいに記入してください（ワープロ可）。
3. 履歴書（市販の J I S 規格）を添付してください。

受験票について

- ・はがきの表面には、受験者本人の郵便番号、住所、氏名を記入してください。
- ・下記の受験票様式に、氏名、ふりがなを記入の上、点線に沿って切り取り、63円切手を貼付したはがきの裏面にしっかりと貼り付けて提出してください
- ・受付締切後、受験番号、試験時間を記入の上返送します。

(受験票様式)

令和4年度島根県立こころの医療センター
会計年度任用職員採用試験
受 験 票

受験番号 *	
所 属 *	こころの医療センター
職 種	事務補助
(ふりがな) 氏名	

◎ 試験日時（＊）

令和 年 月 日（ ）

作文試験

面接試験

◎ 試験会場

出雲市下古志町1574-4

島根県立こころの医療センター

(注)

- ・試験当日は必ずこの受験票を持参してください。
- ・試験を欠席される場合は、必ずこころの医療センター総務企画課
(0853-30-0556)までお知らせください。
- ・試験開始時間の10分前までに試験会場にご集合ください。
- ・試験当日、検温の上、マスクを着用してください。
- ・発熱・体調不良時は、来場前に連絡してください。

会計年度任用職員採用試験を受験される皆様へ

1 試験の延期又は中止等の可能性について

新型コロナウイルス感染症の今後の拡大状況によっては、急遽、試験を延期又は中止する場合などがありますので、ご承知おきください。

延期又は中止の決定及びその後の対応などについては、受験申込書に記載された電話番号に個別に連絡しますので、昼間に連絡のつく電話番号を必ず記載してください。

2 試験実施時の感染予防対策について

(1) マスクの着用等

試験当日は、感染予防のため、マスクの着用をお願いします。

また、入場時には、会場に設置のアルコール消毒液で手指の消毒を行ってください。携帯用手指消毒用アルコールをお持ちの方は、持参しても差し支えありません。

(2) 試験室の分散

試験会場内においては、他の受験生と2メートル程度の間隔をおいて行動してください。

(3) 体調不良の方

新型コロナウイルス感染症など（学校保健安全法で出席の停止が定められている感染症）に罹患し治癒していない方はもとより、発熱、咳などの風邪症状がある方は、政府基本的対処方針を踏まえ、感染拡大防止の観点から、当日の受験を控えていただくようお願いします。

なお、これを理由とした欠席者向けの再試験は予定しておりません。

(4) 「新型コロナウイルス感染対策に係る調査票」の提出

別添の「新型コロナウイルス感染対策に係る調査票」を記入し、試験当日の受付時に提出をお願いします。

新型コロナウイルス感染対策に係る調査票

新型コロナウイルス感染症の院内への持ち込みを防ぐため、来院される方に健康状況と島根県以外への滞在歴の確認をさせていただいております。以下の項目に記入をお願いします。

1. 氏 名 ()
2. 所 属 機 関 名 ()
3. 住 所 ()
4. 連絡先電話番号 ()
5. 訪 問 目 的
☐ 会議 ☐ 設備点検工事 ☒ その他（会計年度任用職員採用試験）
6. 現在の体温は何度でしたか？ . °C
7. あてはまる症状があればチェック☑してください

☐ 強い倦怠感	☐ 息切れ・息苦しさ	☐ 咳
☐ 鼻汁・鼻閉	☐ のどの痛み	☐ 味覚・嗅覚障害
☐ 下痢・嘔吐	☐ その他 ()	
8. 2週間以内に島根県以外への移動歴・居住歴がありますか？
☐ ある
・いつからいつまで、どこ（都道府県）に行きましたか（から来ましたか）？
 月 日 ～ 月 日 に行った・から来た
 月 日 ～ 月 日 に行った・から来た
9. 2週間以内に新型コロナウイルス患者や濃厚接触者との接触がある。
☐ ある
10. 2週間以内に県外への移動歴・居住歴がある方との接触がある
☐ ある どこに移動・居住していた方ですか → 都道府県 ()