

# 求 人 票

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| 病<br>院<br>の<br>概<br>要 | 名 称   | 公立学校共済組合東海中央病院  |
|                       | 代 表 者   | 病院長 松 井 春 雄   |
|                       | 所 在 地   | 〒504-8601 岐阜県各務原市蘇原東島町四丁目 6 番地 2  |
|                       | 出願書類提出先   | 事務部 庶務課   |
|                       | 求 人 担 当   | 庶務課 河 原 夏 海   |
|                       | 経 営 母 体   | 共済組合類型の法人   |
|                       | 施 設 種 別   | 病 院   |
|                       | 診 療 科 目   | 内、神内、循内、呼内、消内、腎内、心内、緩内、内分泌内、小、外、消外、乳外、形外、整、脳外、皮、泌、産婦、眼、耳、リハ、放、麻、口腔、病理、精神、血外 |
|                       | 理 念   | 最高の誠意、最善の医療   |
|                       | 職 員 数   | 常勤 5 1 5 名、非常勤 2 0 4 名（令和 5 年 4 月 1 日現在）                                    |
|                       | 身 分   | 常勤職員  |
|                       | 就 業 時 間   | 8 : 3 0 から 1 7 : 1 5 まで   |
|                       | 就 業 体 制   | 実働 7 時間 4 5 分、宿直あり（月 3 回程度）   |
|                       | 休 日   | 週休 2 日制   |
| 有 給 休 暇               | 年次休暇（年間付与日数 2 5 日）、その他  |   |
| 賞 与 等                 | 初任給 2 3 1, 7 0 0 円（大学 6 卒）<br>宿直手当、超過勤務手当、通勤手当、扶養手当、住居手当等<br>経験年数に応じた給与額の参考例<br>参考例①：入職 5 年(30 歳)、賞与・通勤手当・超過勤務手当・宿直手当等込み<br>月収；399,809 円（年収；5,997,135 円）<br>参考例②：入職 1 5 年(40 歳)、賞与・通勤手当・超過勤務手当・宿直手当等込み<br>月収；443,624 円（年収；6,654,360 円）  |   |
| 賞 与                   | 年約 4 月分   |   |
| 退 職 金 制 度             | あり  |   |
| 選<br>考<br>条<br>件      | 採 用 対 象 者   | 薬剤師 年齢 3 0 歳まで（令和 7 年 3 月薬剤師免許取得見込みの者）                                      |
|                       | 採 用 予 定 人 数   | 2 名   |
|                       | 提 出 書 類   | 履歴書（写真貼付）、卒業見込み証明書、成績証明書  |
|                       | 選 考 試 験 内 容   | 書類選考、面接試験、小論文   |
|                       | 申 込 期 間   | 令和 6 年 4 月 1 5 日～令和 6 年 5 月 9 日   |
|                       | 選 考 試 験 日   | 随時  |
|                       | 採 用 予 定 日   | 令和 7 年 4 月 1 日  |
| 備 考                   | 当院で就職を承諾して頂いた方には就職準備貸付金として 30 万円を支給いたします。（貸付金は一定の条件を満たせば返還債務を免除いたします）<br>詳しくは求人担当者にお問い合わせください。<br><br>病院見学：3 月 1 2 日（火）、1 3 日（水）各 1 4 : 0 0 ~<br>上記以外でも日にちは応相談で随時行っていますのでお気軽にお問い合わせください。<br>（ご希望の方は薬剤部 水野までメールか、電話でお申込みください。）<br>e-mail : yakuzai@tokaihp.jp<br>TEL : 0 5 8 - 3 8 2 - 3 1 0 1 (代) |   |