

令和6年度

多摩南部地域病院

地方独立行政法人 東京都立病院機構職員 病院採用選考案内
〔理学療法士/作業療法士/言語聴覚士 有資格者〕

東京都立病院機構東京都立多摩南部地域病院で勤務するコメディカル職員(理学療法士/作業療法士/言語聴覚士 有資格者)を以下のとおり募集します。皆さまのご応募をお待ちしております。

記

1 選考職種、採用予定数、勤務場所および職務内容

職 種	採用予定数	勤 務 場 所	職務内容
理学療法士	若干名	都立多摩南部地域病院 多摩市中沢 2-1-1	理学療法士業務
作業療法士	若干名	都立多摩南部地域病院 多摩市中沢 2-1-1	作業療法士業務
言語聴覚士	若干名	都立多摩南部地域病院 多摩市中沢 2-1-1	言語聴覚士業務

2 入職予定日 令和6年 11月1日以降 ※毎月1日が採用日となります

3 採用区分

地方独立行政法人 東京都立病院機構職員 任期付法人職員

(任期は、採用日から採用日の属する年度末まで(勤務成績等により更新有))

※地方独立行政法人とは、法律に基づき東京都が100%出資して設置する法人です。

※一定期間勤務後は、条件により、(地独)東京都立病院機構の他の病院・所へ異動することのある法人職員(期間の定めなし)への任用形態変更制度有

4 受験資格

応募職種の資格免許を有している方(国籍は問いません。)

5 選考方法

書類選考、面接試験及び口頭試問

6 選考日程

申込受付期間	令和6年9月 20 日(金曜日)必着
選考日	令和6年9月 28 日(土曜日)
合格発表	合否に関わらず、選考日から2週間以内に通知します。

7 選考会場

東京都立多摩南部地域病院

8 申込書類

申 込 書 類	備 考
履歴書 (ホームページ掲載の 所定の様式)	各項目を記入のうえ、所定の大きさの写真(4cm×3cm)を貼付してください。
エントリーシート (ホームページ掲載の 所定の様式)	以下①・②の各項目について記述してください。 ① あなたは入職後、病院においてどのような貢献ができると思いますか。(300 字程度) ② あなたが応募する職種について、どのような分野に関心がありますか。 また、今後どのような仕事を希望し、関心のある点を生かしていきたいと 考えますか。あなたの職務経歴、職種の専門性を踏まえて、詳しく述べてください。(600 字程度)
応募職種の資格免許証(写) その他関連資格(写) (お持ちの場合)	A4サイズにコピーしてください。

※申込書類は、下記の連絡先まで郵送(簡易書留、レターパック等追跡できるもの)してください。また、宛名面に「<応募職種> 応募書類在中」と朱書きでご記載ください。

※提出いただいた個人情報は、採用選考及び採用事務の目的以外に使用することはありません。

※応募書類は返却しません。

9 給与及び勤務条件

(1) 給与(東京都立病院機構法人職員給与規程によります。)

最終 学歴	経 験 年 数	5年	10年	14年
大卒		約 249,200 円	約 272,100 円	約284, 500円
3年課程卒		約 236,800 円	約266, 400円	約278, 000円

2年課程卒	約 230,500 円	約 261,400 円	約 275,000 円
-------	-------------	-------------	-------------

○免許取得後の職務経験は一定の基準を満たした場合に加算されます。

○職務経験による加算は、内定後に職歴に係る在職証明書を全て提出いただいてから計算されます。

(在職証明書の提出が遅れた場合、経験年数が初任給に反映されない場合があります。)

○上記のほか、扶養手当、住居手当、通勤手当、超過勤務手当、賞与等が規定により支給されます。

○上記は令和6年4月1日現在のものであり、採用前に給与改定等があった場合は、その定めるところによります。

(2) 勤務条件

地方独立行政法人東京都立病院機構法人職員就業規則によります。

◆勤務時間:4週7休制又は4週8休制(週平均38時間45分労働)

◆年次有給休暇 年20日(最大40日まで繰越可) ※採用月により付与日数が異なります。

その他就業規則に基づき、夏季休暇(5日)、慶弔休暇等があります。

10 福利厚生

社会保険:東京都職員共済組合(健康保険、厚生年金保険)、雇用保険、地方公務員災害補償基金
その他、一般財団法人東京都人材支援事業団に加入します。

11 連絡先

地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩南部地域病院 総務課総務グループ(人事担当)

〒206-0036 東京都多摩市中沢 2-1-1

電話 042-338-5111

Email tn_jinji@tmhp.jp

東京都立病院機構職員採用選考受験申込書兼履歴書

職種	
採用希望日	年 月 日

写真を必ず貼付

上半身脱帽正面向
6か月以内に撮影
サイズ(4cm×3cm)
写真裏面に氏名を
記入

(年 月 日作成)

ふりがな			旧姓(ふりがな) ※旧姓使用を希望する場合のみ記入		
氏名			()		
	氏名のローマ字表記 ※旧姓使用希望者は戸籍姓・旧姓両方を記入				
生年月日	(西暦)	年 月 日生(満 歳)			
ふりがな			電 話		
現住所	〒 -		()		
			携 帯	()	
Email					
その他 連絡先	採用日までに転居の予定がある場合には、確実に連絡が取れるように記入してください。			電 話	
	〒 -			()	
学歴 在定る高等 学試へ該学 中験該学 の・当校 場准が 合看あ ら最 も護 記師場 入学合 す校は 歴も高 まこ 記等 と入学 古い 。卒業 順業 に記 度入 認す	学 校 名	学部・学科名 例)看護学科(全日制3年課程)	期 間	修学 年数	修学区分 (該当するものに○)
			年 月から 年 月まで		卒業 年退学 卒業見込 在学中
			年 月から 年 月まで		卒業 年退学 卒業見込 在学中
			年 月から 年 月まで		卒業 年退学 卒業見込 在学中
			年 月から 年 月まで		卒業 年退学 卒業見込 在学中
			年 月から 年 月まで		卒業 年退学 卒業見込 在学中
			年 月から 年 月まで		卒業 年退学 卒業見込 在学中
資格免許 各職 合種 は免 許や 指 入 す 医 等 持 っ て い	名 称		免許取得年月日	免許番号	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
		年 月 日			

※担当者使用欄

採用日	年 月 日	配属病院	
職員区分	法人職員	・	病院職員

職 歴	勤 務 先	在職期間 (西暦)	職 務 内 容
		年 月 日から	常勤・非常勤・その他()
		年 月 日まで	
		年 月 日から	常勤・非常勤・その他()
		年 月 日まで	
		年 月 日から	常勤・非常勤・その他()
		年 月 日まで	
		年 月 日から	常勤・非常勤・その他()
		年 月 日まで	
		年 月 日から	常勤・非常勤・その他()
	年 月 日まで		
	年 月 日から	常勤・非常勤・その他()	
	年 月 日まで		
	年 月 日から	常勤・非常勤・その他()	
	年 月 日まで		

志望理由

趣味・特技等	職場への希望や、採用にあたり配慮してほしいことなど
--------	---------------------------

兼業の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※下記に病院名(企業名)、業務内容、報酬額、頻度、月当たり勤務時間を記入 ()	法人における他の職の申込及び在職状況 <input type="checkbox"/> 他の職に現に在職しておらず、当該職のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の職に在職中または申込み予定 ※下記に職員番号、所属病院、職種を記入 ()
--	---

