

芦別市病院事業職員採用試験案内

令和6年4月1日 北海道芦別市

採用職種 (試験区分)	医事事務（実務経験者）	
採用予定 人 員	若干名	
採用予定 年 月 日	随時	
職 務 内 容	レセプト統括業務（返戻及び査定分析等）、診療報酬統計業務、施設基準関係業務、診療報酬改定対応、データ提出管理、健康診断業務管理、未収金関係業務、電話・患者対応等の医事業務全般	
試 験 日 程 及 び 試 験 会 場	試 験 日	随時
	試 験 会 場	北海道芦別市本町14番地 市立芦別病院
注 試験日程等の詳細は、別途通知します		
資 格 要 件	<p>次の①～⑥のいずれにも該当するかた</p> <p>①四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）及び医療研修推進財団の認定する診療情報管理士の資格を有するかた又はそれらに準じたスキルを有するかた※資格は必須条件ではありません。</p> <p>②一つの病院において医事業務（一般診療情報管理業務可）に従事した経験が3年以上あるかた（複数の病院での合計経験年数が3年以上となる場合を除く）</p> <p>③パソコン操作を容易に行えるかた（医事コンピュータの使用、Word及びExcel等を使用した文書及びグラフの作成等）</p> <p>④普通自動車運転免許を有する又は採用日までに資格を取得できる見込みのかた</p> <p>⑤当該業務を誠実かつ積極的に取り組む意思のあるかた</p> <p>注 上記の資格にかかわらず、次のいずれかに該当するかたは受験できません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本の国籍を有しないかた ・禁固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かた ・公務員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過しないかた ・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かた 	
選 考 方 法	<p>①書類選考 書類到着後14日以内に文書により結果を通知します</p> <p>②作文試験及び個別面接試験（①書類選考合格者） 試験日程等の詳細は申込者と調整のうえ決定します（同一日で実施予定）</p>	

勤務時間	午前8時30分から午後5時まで													
給 及 諸 手 当 与 び 手 当	給 与	<p>初任給</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大学卒 196,200 円～ ・短大卒 179,100 円～ ・高校卒 166,600 円～ <p>注 初任給は、職務経験や学歴等に応じて、一定の基準により決定します。また、給与は、人事院勧告等により変更する場合があります。</p> <p>【短大卒初任給の概算】</p> <table border="1" data-bbox="587 490 1291 689"> <thead> <tr> <th>採用時の年齢</th> <th>経験年数</th> <th>初任給</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35 歳</td> <td>15 年</td> <td>25 万円程度</td> </tr> <tr> <td>40 歳</td> <td>20 年</td> <td>27 万円程度</td> </tr> <tr> <td>45 歳</td> <td>25 年</td> <td>30 万円程度</td> </tr> </tbody> </table>	採用時の年齢	経験年数	初任給	35 歳	15 年	25 万円程度	40 歳	20 年	27 万円程度	45 歳	25 年	30 万円程度
		採用時の年齢	経験年数	初任給										
		35 歳	15 年	25 万円程度										
40 歳	20 年	27 万円程度												
45 歳	25 年	30 万円程度												
諸 手 当	<p>個々の状況に応じて次の手当を支給します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・扶養手当（配偶者 6,500 円、子 1 人につき 10,000 円等） ・通勤手当（通勤距離 2 km 以上 2,000 円から距離区分に応じて支給） ・住居手当（賃貸 28,000 円上限） ・時間外勤務手当（正規の時間を超過して勤務を命じられた場合に支給） ・期末勤勉手当（年間 4.5 月支給）※採用された月により満度に支給されない場合があります。 ・寒冷地手当（単身者の場合は年間 65,300 円） 													
想 定 年 収	<p>【短大卒/初任給 179,100 円】の場合</p> <table border="1" data-bbox="544 1120 1426 1319"> <thead> <tr> <th>在職年数</th> <th>年収</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>採用後 15 年目</td> <td>約 419 万円</td> </tr> <tr> <td>採用後 20 年目</td> <td>約 474 万円</td> </tr> <tr> <td>採用後 25 年目</td> <td>約 520 万円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※年収試算は給料月額・期末勤勉手当のみ（住居手当、扶養手当、寒冷地手当等は除く）</p>		在職年数	年収	採用後 15 年目	約 419 万円	採用後 20 年目	約 474 万円	採用後 25 年目	約 520 万円				
在職年数	年収													
採用後 15 年目	約 419 万円													
採用後 20 年目	約 474 万円													
採用後 25 年目	約 520 万円													
休 暇 等	<p>主な休暇は次のとおりです（育児休暇及び介護休暇以外は有給）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年次有給休暇 年 20 日の年次休暇（残日数は 20 日を限度に翌年度に繰越し）※採用された月により異なります。 ・病気休暇、育児休暇、介護休暇 ・特別休暇（結婚、夏季、産前産後、忌引、法要、ボランティア等） <p>注 採用年度の年次有給休暇は、採用月に応じた日数となります</p>													
申 込 方 法	<p>次の①～③の書類各 1 通を申込先まで郵送又は持参してください。</p> <p>①採用試験申込書（A 4 版）</p> <p>6 ヶ月以内に撮影した写真を糊付けし、必要事項を記入（手書き）してください。また、電子カルテ使用経験があればあわせて記入してください。</p> <p>②学業成績証明書（未開封のものに限る）</p> <p>③その他診療情報管理士、医療経営士、施設基準管理士などの医事業務に活用できる資格を有するかたは、当該資格証明書の写し。</p>													
	<p>注 1 採用試験申込書（A 4 版）は、ホームページからダウンロードできます。</p> <p>注 2 申込書類は、お返しできません。</p>													

そ の 他	職歴について前歴照会します。
申 込 期 限	随時
申 込 先 等	〒075-8501 北海道芦別市本町1-4番地 市立芦別病院事務課総務係 電話 0124-22-2701 (内線 215)

芦別市病院事業職員採用試験申込書

志望試験 区 分				<p style="text-align: center;">写 真</p> <p>1. 縦 4cm位 横 3cm位 2. 本人単身胸から上 3. 裏面のり付け 4. 6ヶ月以内に撮影したもの</p>
ふりがな		生年月日 (和暦)	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	
氏 名				
現 住 所	ふりがな 〒 (-) 電話番号 () - 携帯電話 - -			
現 住 所 以 外 の 連 絡 先	ふりがな 〒 (-) 電話番号 () - (方呼出)			
現在又は 最終学歴	学校名 (学部・学科等名)	在 学 期 間		区 分
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 修了見込
職 歴	勤務先 (所在地)	在 職 期 間	業種・職務内容等	退職事由
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
賞 罰	年 月			
	年 月			
	年 月			
免許資格	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
健康状態	<input type="checkbox"/> 壮健である <input type="checkbox"/> あまり壮健でない (病弱である) <input type="checkbox"/> 持病がある (病名)			
長 所		短 所		
志望理由				
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">芦別市病院事業管理者 様 氏 名</p>				

裏面の注意事項をご確認ください

注 意 事 項

1. ペン又はボールペン（摩擦熱によりインクが退職するものは不可）を使用し、自筆で正確かつ丁寧に記入してください。
2. 障害者手帳をお持ちのかたは、手帳の写しを添付してください。
3. 「職歴」欄は、無職の場合は「無職」と記入。在職している場合は「在職中」と記入してください。
4. 記入欄が不足する場合は、別紙を使用してください。
5. 事実と異なる記載があるときは、病院事業職員として採用される資格を失うことがあります。
また、採用された後においても免職されることがあります。

芦別市病院事業職員採用試験申込書（別紙）

ふりがな				
氏 名				
職 歴	勤務先（所在地）	在 職 期 間	業種・職務内容等	退職事由
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	()	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解 雇
	賞 罰	年 月		
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
免許資格	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

芦別市病院事業職員採用試験申込書

《記載例》

志望試験区分	医事事務		
ふりがな	あしべつ たろう	生年月日 (和暦)	昭和・平成 ××年××月××日生 (満××歳)
氏名	芦別 太郎		
現住所	ふりがな あしべつし はいつあしべつ 〒(075-0011) 芦別市北1条東1丁目3番地 ハイッ芦別201号 電話番号(0124) 22-×××× 携帯電話080～		
現住所以外の連絡先	ふりがな 〒() 別々に連絡先があれば記載してください 電話番号() - () 方呼出)		
現在又は最終学歴	学校名(学部・学科等名)	在学期間	区分
	××医療福祉専門学校 (医療情報科)	平成×年4月1日から 平成×年3月31日まで	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 修了見込
職歴	勤務先(所在地)	在職期間	業種・職務内容等 退職事由
	××総合病院 (××市××町～)	平成×年×月×日から 令和×年×月×日まで	医事事務 <input checked="" type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解雇
	()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 解雇
賞罰	平成×年×月	第×回 ××大会優勝	
	平成×年×月	××消防署より感謝状(人命救助)	
	令和×年×月	××罪 懲役×年・執行猶予×年 刑期修了	
免許資格	名称	取得年月日	名称
	普通自動車免許	平成×年×月×日	
	診療情報管理士	平成×年×月×日	
健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 壮健である <input type="checkbox"/> あまり壮健でない(病弱である) <input type="checkbox"/> 持病がある(病名)		
長所	自分の長所を記載	短所	自分の短所を記載
志望理由	志望理由を記載		
上記のとおり相違ありません。 令和 × 年 × 月 × 日 芦別市病院事業管理者 様 氏名 芦別太郎 押印不要			

写 真

- 縦 4cm位
横 3cm位
- 本人単身胸から上
- 裏面のり付け
- 6ヶ月以内に撮影したもの