

# 栃木県育休代替職員（保健師・看護師）募集・選考試験案内

育児休業を再取得する職員の代替職員を募集します。

## 1 職種・募集人員・勤務場所及び仕事の内容

職種	募集人員	勤務場所	仕事の内容
保健師・ 看護師	1名	矢板健康福祉センター 栃木県矢板市鹿島町20-22	主な業務 ・精神保健福祉及び難病患者等の相談・指導に関すること ・小児慢性特定疾病の医療給付申請事務等に関すること ・自殺予防対策に関すること ・学生指導に関すること 等

## 2 応募資格

- (1) 保健師、看護師免許取得者
- (2) 次のいずれかに該当する者は応募できません。
  - ア 日本国籍を有しない者
  - イ 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者
  - ウ 栃木県職員として懲戒免職処分を受け、その処分の日から2年を経過しない者
  - エ 日本国憲法施行の日以後において、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者

## 3 選考試験の内容、日時、場所、合格者発表

試験内容	日時	会場	合格者発表
作文試験 面接試験	随時 (10:00~16:00 で応相談)	矢板健康福祉センター	試験終了後、1週間以内に受験者全員に合否を連絡します。

## 4 選考試験に関する種目・内容

種目	内容
作文試験	公務員として必要な表現力等について、記述式による試験を行います。
面接試験	人物及び専門的知識等について、個別面接による試験を行います。

## 5 勤務条件等

- (1) 任期 令和5(2023)年12月5日から令和6(2024)年12月4日まで  
※任用予定期間終了後、再度任用する可能性あり。  
※育児休業の期間が短縮されることにより任期が短縮される可能性あり。
- (2) 勤務時間 原則として月曜日から金曜日までの週5日、1日7時間45分(8時30分~17時15分)勤務です。(業務の状況に応じて、超過勤務が生じることもあります。)なお、場合によっては土・日、祝日の勤務もあります。  
※午後0時から午後1時までは休憩時間です。

- (3) 休 日 日曜日及び土曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、  
12月29日から翌年1月3日までの日
- (4) 給 与  
給料月額例 221,500円(大学4卒)(令和4年(2022)年4月現在)  
※ 学歴、職歴等に応じ加算措置があります。  
※ このほか、通勤手当、期末・勤勉手当、超過勤務手当、住居手当等がそれぞれの条件によって支給されます。  
※ 地方公務員等共済組合法に定める組合員となり、短期給付事業(医療保険)、福祉事業(健康診断等)が適用されます。その他、厚生年金保険、雇用保険に加入します。  
※ 昇格・昇給はありません。
- (5) 休 暇 任用予定期間に応じて年間最大20日の年次休暇、疾病等の場合に与えられる傷病休暇、忌引休暇、夏季休暇等があります。
- (6) そ の 他 任期期間中は、営利企業等の従事制限や守秘義務等地方公務員法の服務に関する規定が適用されます。

## 6 応募手続き

- (1) 応募者は受付期間中に応募書類を矢板健康福祉センター保健衛生課に持参又は郵送してください。  
なお、郵送の場合は封筒の表に、「代替職員募集申込」と朱書の上、簡易書留等確実な方法で郵送してください。

### 【受付期間】

随時(土曜日・日曜日・祝日等閉庁日は受付できません)

- (2) 応募書類(各1部)
- ア 栃木県育休代替職員(保健師・看護師)採用選考試験申込書(申込書は本案内の3ページから印刷していただくか、窓口で配布します。)
- イ 履歴書(写真付)  
※ 履歴書は市販のもの、インターネットからダウンロードした様式でも結構です。
- ウ 保健師、看護師免許証の写し(原本確認を行います。選考試験の際に原本を持参ください。)
- エ 公共職業安定所(以下「ハローワーク」という。)で紹介された場合は、ハローワークの紹介状  
※ 採用となった場合には、最終学校卒業証明書(卒業証書の写しでも可)及び前歴証明書(指定様式あり)を提出していただきます。  
※ 提出された書類は返却しません。  
なお、採用されなかった応募者の書類は破棄しますのでご了承ください。

### ○ 応募書類の送付・提出先・問い合わせ先

〒329-2163 栃木県矢板市鹿島町20-22

矢板健康福祉センター保健衛生課 担当：長島

電話 0287-44-1297

電子メール yaita-kfc@pref.tochigi.lg.jp

(様式7)

## 栃木県育休代替職員（保健師・看護師）採用選考試験申込書

試験職種	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
保健師		昭和 年 月 日 生
		平成 満 歳
現 住 所	〒 ー  (下宿の場合は同居先、アパート名、部屋番号等を必ず記入してください。)	電 話
		( )
		呼出 ( 方)
連 絡 先	〒 ー  (現住所と同じ場合は『同上』と記入してください。)	電 話
		( )
私は、この試験の案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、 この申込書に記載したことは事実と相違ありません。		
令和 年 月 日		※受付年月日
氏 名 (自署) 印		※受験番号

※欄は記入の必要はありません。

# 矢板健康福祉センター案内図



JR矢板駅から徒歩で20分  
矢板ICから車で15分

〒329-2163  
矢板市鹿島町20-22  
栃木県庁塩谷庁舎1階（正面入口をいって右奥）  
TEL 0287-44-1296

