

## リクルート情報

# 令和6年度 医療技術職員募集

### ◆募集内容・手続

職 種：薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士・言語聴覚士・臨床工学技士・  
歯科衛生士

資 格：有資格者又は所定の学校を卒業見込みの方

勤務予定病院及び採用人数

区 分	薬剤師	診療放射線技師	臨床検査技師	理学療法士	言語聴覚士
勤務予定病院	尾道総合病院	尾道総合病院 吉田総合病院	廣島総合病院	尾道総合病院	尾道総合病院 吉田総合病院
	廣島総合病院	廣島総合病院		廣島総合病院	
採用予定人数	各事業所若干名	各事業所若干名	若干名	各事業所若干名	各事業所若干名

区 分	臨床工学技士	歯科衛生士
勤務予定病院	尾道総合病院	廣島総合病院
	廣島総合病院	
採用予定人数	各事業所若干名	若干名

※勤務予定病院が2つ以上ある職種は、履歴書に希望病院順を記入してください。

提出書類：卒業見込みの方

- ・履歴書（当会指定のもの） 1通
- ・卒業見込証明書 1通
- ・成績証明書 1通
- ・健康診断書（大学等で受診した結果） 1通

既卒の方

- ・履歴書（当会指定のもの） 1通
- ・免許証（採用資格）の写し 1通
- ・健康診断書 1通
- ・成績証明書 1通（卒後3年以内の既卒者まで）

健康診断の必要受診項目は、身長・体重・聴力・視力・胸部レントゲン・尿検査・血圧

※なお、提出書類は一切返却いたしませんので予めご了承下さい。

応募締切日：令和5年8月21日（月）必着

応募締切後、受験票を発送いたします。試験日の前日までに受験票がお手元に届いていない場合は、総務部人事課までお問い合わせください。

応募受付：〒730-0051 広島市中区大手町3丁目13番18号 松村ビル6F  
広島県厚生農業協同組合連合会 本部 総務部人事課  
<〇〇（※希望職種）応募書類在中>と明記をお願い致します  
TEL（082）241-0748 FAX（082）245-0487  
<https://www.hirokouren.or.jp/>

選考：一次試験 筆記試験（一般常識）、適性試験、小論文  
二次試験 面接試験  
（二次試験については一次試験合格者に別途通知）

試験会場：広島市中区大手町4丁目7番3号 JAビル  
試験日：一次試験 令和5年 8月31日（木）  
二次試験 令和5年 9月実施予定

病院見学：ご希望があれば、各病院人事課へご相談下さい。  
尾道総合病院人事課 TEL：0848-22-8111  
吉田総合病院人事課 TEL：0826-42-0636  
広島総合病院人事課 TEL：0829-36-3111

## ◆ 待遇

令和6年度初任給（基本給＋特別調整手当）

区分	薬剤師	診療放射線技師	臨床検査技師	理学療法士	言語聴覚士
短卒		200,800円	200,800円	200,800円	200,800円
大卒等		204,400円	204,400円	204,400円	204,400円
大卒6年	238,700円				

区分	臨床工学技士	歯科衛生士
短卒	200,800円	196,000円
大卒等	204,400円	
大卒6年		

※新卒者以外の方は経験年数を本会規程により考慮する。

諸手当：超過勤務手当、通勤手当、家族手当、住宅手当等各種手当があります。

一部抜粋) 住宅手当 (独身者) 12,500 円

上記の内、片道 2km 未満 17,500 円

賞 与：年 2 回

昇 給：年 1 回

退職金制度：本会規定によります。

## ◆勤務時間

始業時刻	終業時刻	休憩時間
午前 8 時 3 0 分	午後 5 時	6 0 分

週平均労働時間 37 時間 3 0 分 完全週休 2 日制

※薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師には夜勤があります。

## ◆休暇・休業

年次有給休暇：初年度は 11 日 (採用した月により調整あり)

翌年から 12 日、次年度より年 1 日加算、30 日を限度とします。

その他の休暇：土曜日、日曜日、祝日のほかに年末、年始、リフレッシュ休暇及び冠婚葬祭等、社会生活に必要な休暇もあります。

育児休業：本人の申し出により育児休暇がとれます。(採用後 1 年経過の者)

介護休業：配偶者並びに生計を共にする子、及び父母の長期にわたる介護を必要とする場合に、介護休暇が取れます。(採用後 1 年経過の者)

※但し業務上必要がある場合は、各休日を他の日に振り替える事があります。

## ◆福利厚生

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険、労災保険に加入します。

慶弔慰金：結婚、出産、死亡等に対して祝い金、見舞金、弔慰金等の支給制度があります。

その他：職員預金制度、共済貸付制度

診療費補助制度もあります (上限は年間 25 万円)

※ ※

# 履 歴 書

年 月 日現在

フリガナ			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	( 写 真 ) 縦 4 cm×横 3 cm  写真の裏面に氏名を 必ず記載すること
氏 名					
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳 )				
現 住 所	〒 (      -      )	電話	市外局番 (      ) -      -		
		携帯	〒 (      -      ) アドレス		
休暇中又は 帰省中の 連 絡 先	〒 (      -      )	(      ) 様方	電話	市外局番 (      ) -      -	

◆受験票等の送付を現住所ではなくこちらの住所へ ( 希望する ・ 希望しない )

元号	年	月	学歴 (高等学校卒業から記入)

元号	年	月	職 歴	退職年月		実勤務期間	
				年	月	年	月

- 記入注意
- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入
  - 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く
  - の該当欄は ✓ で記入
  - ※印のところは記入不要

履歴書記入の個人情報は、本会の「個人情報保護に係る規程等」に従い利用目的の範囲内で取り扱います。

氏名	
----	--

年	月	免許・資格取得区分	免許・資格
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	

志望の動機

得意な科目・分野・研究課題

趣味・スポーツなど	性格の長所

勤務希望病院（採用予定病院が複数ある場合はご記入ください。第一希望のみの場合は第二希望以下を空白にして下さい）				転勤について
第1希望	第2希望	第3希望		将来転勤をお願いした場合 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
総合病院	総合病院	総合病院		

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族（配偶者を除く）
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人

本人希望記入欄（特に給料・職種・配属部署・勤務時間・その他についての希望などがあれば記入）

※厚生連記入欄

