

## 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	200,800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 30 分	午後 5 時	60 分

週平均労働時間 37 時間 30 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 ヲ月

- 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

