

産業医科大学病院・産業医科大学若松病院

〈令和4年度 医療技術職員(臨床工学技士)募集要項〉

○ 応募方法

- 1 募集人員 正規職員 数名程度
- 2 勤務地 産業医科大学病院 または 産業医科大学若松病院
※ 人事異動により、上記勤務地間で勤務地変更となる場合があります。
- 3 業務内容 臨床工学技士業務全般
- 4 応募資格 ① 令和4年3月に臨床工学技士免許取得見込みの者
② 臨床工学技士の免許を有する者
- 5 提出書類
 - ・履歴書(指定様式)
 - ・職務経歴書(自由様式)…職歴がある者
 - ・課題「自身の目指す臨床工学技士」
A4用紙1枚で述べてください。
(応募資格①の者もしくは職歴のない者)
 - ・健康診断書(指定様式。ただし1年以内に実施したもので指定の項目を
満たすものがあれば、その写しで可)
 - ・成績証明書(応募資格①の者)
 - ・臨床工学技士免許(写)(応募資格②の者)※ 履歴書・健康診断書については、ホームページからダウンロードしてください。
※ 提出された書類は返却致しませんのでご了承ください。
- 6 応募方法 本学ホームページ内の応募フォームよりエントリー後、提出書類を応募締切日までに応募封筒の表に「令和4年度 臨床工学技士応募書類在中」と朱書きし、下記書類提出先あてに書留にてご郵送ください。
- 7 応募締切 令和3年10月19日(火)15時必着
- 8 選考方法 1次選考 書類選考
2次選考 専門試験、面接
- 9 選考日 2次選考 令和3年11月5日(金)
- 10 採用予定日 令和4年4月1日
- 11 選考場所 産業医科大学
- 12 その他 施設(臨床工学部)について質問のある方は、産業医科大学代表
(093) 603-1611 (担当:臨床工学部 高橋)までご連絡ください。

○ 待 遇（正規職員）

- 1 勤務時間 月曜日～金曜日 8：30～17：15（他シフト勤務あり）
宿日直勤務があります。
就業規則に基づく時間外勤務を命ずることがあります。
 - 2 休 日 土曜日、日曜日、国民の祝日、年末年始（12月29日～1月3日）及び
学校法人の設立記念日（4月28日）。
 - 3 休 暇 本学規程により年次有給休暇があります。その他、特別有給休暇、病気休
暇の制度があります。
 - 4 育児休業 生後1年に満たない子を養育するための育児休業制度があります。
 - 5 介護休業 常時介護を必要とする家族がある場合、介護を行うための介護休業制度が
あります。
 - 6 試用期間 6か月
 - 7 給 与 3年養成施設：182,722円 4年養成施設：194,052円
※ 上記金額は養成施設の新卒者の例です。職務経験を有する者については
勤務年数等を考慮し別途調整します。
その他、通勤手当（限度額55,000円）、住居手当（限度額28,000円）、
扶養手当等が支給されます。
 - 8 賞 与 年2回（6月、12月） 年間4.45月分を支給（令和2年度実績）
※ ただし、新規採用者は採用月に応じて異なり、年度途中で改定される
ことがあります。
 - 9 昇 給 定期昇給 年1回（1月）
 - 10 退職手当 3年以上勤続し、退職した場合に支給されます。
 - 11 そ の 他 白衣が貸与されます。
- * 給与、諸手当等については、令和3年4月1日現在を記載。

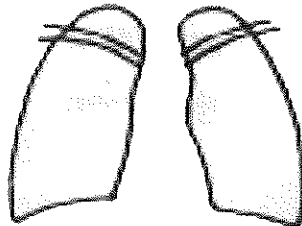
○ 福利厚生

- 1 社会保険等 社会保険（健康保険及び年金）は、日本私立学校振興・共済事業団に加入
します。また、雇用保険、労働者災害補償保険に加入します。
- 2 宿 舎 家族向け宿舎があります。
- 3 保 育 所 大学敷地内（北九州市八幡西区）に24時間対応の保育所があります。
また、子が病気の時には、病児保育室（ほっとる一む）も利用できます。
- 4 受動喫煙対策 学校法人産業医科大学では、敷地内全面禁煙となっております。
- 5 そ の 他 日本私立学校振興・共済事業団が実施する積立貯金、定期保険、貸付等
を利用することができます。また、保養所、娯楽施設等を利用した際には、
利用料金の一部補助制度があります。

○ 書類提出先・照会先

〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1
学校法人産業医科大学 人事課 人事第2係
TEL (093) 691-7112（直通）

健康診断証明書

フリガナ氏名		男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)		
現住所	〒								
診断事項									
身長	cm		体重		kg				
エックス線検査	エックス線像 (直接・間接どちらでも可)		視力	右	()				
	撮影日 年 月 日			左	()				
			聴力	右	1,000Hz				
				左	1,000Hz				
			検尿	蛋白					
				糖					
所見			血圧		~ mmHg				
その他の疾病及び異常(含既往症)									
総合評価									

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所在地 〒

医療機関名

医師名

印