

栃木県臨時的任用職員（臨床検査技師、保健師、 看護師、診療放射線技師又は薬剤師）募集案内

令和 7 (2025) 年1月16日
栃木県県北健康福祉センター

栃木県県北健康福祉センターで生じる欠員を補充（育休代替）するため、臨床検査技師、保健師、看護師、診療放射線技師又は薬剤師を募集します。

1 職種・募集人員・勤務場所及び仕事の内容

職 種	募集 人員	任用予定期間※	勤務場所	職 務 内 容
臨床検査技師、保健師、 看護師、診療 放射線技師 又は薬剤師	1 名	令和 7 年 3 月 1 日 から 令和 8 年2月28日ま で	県北健康福祉センター 健康対策課 大田原市本町2-2828-4	主な業務 ・感染症の予防啓発に関すること ・感染症の発生時対応に関すること ・感染症に係る各種検査に関すること

※採用の手続きの都合で任用開始日が変更になることがあります。

2 応募資格

(1) 臨床検査技師、保健師、看護師、診療放射線技師又は薬剤師免許取得者

(2) 次のいずれかに該当する者は応募できません。

ア 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

イ 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

ウ 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

※ 日本国籍を有しない者も応募できます。ただし、公権力の行使又は公の意思形成への参画に携わる職に就くことはできません。

また、就職が制限されている在留資格の者は応募できません。

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	応募受付後連絡します。	栃木県庁那須庁舎 県北健康福祉センター	試験終了後、1週間以内に受験者 全員に可否を連絡します。

4 選考試験に関する種目・内容

種 目	内 容
免許証照合	資格免許証の原本を持参のこと。応募書類と照合します。
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) 給 与

給料月額例 臨床検査技師 224,900円（短大卒）～

※ 学歴、職歴等に応じ加算措置があります。

※ 通勤手当、期末・勤勉手当、超過勤務手当、住居手当等が当方の規定により支給されます。

※ 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）、長期給付事業（年金）、福祉事業（健康診断等）が適用されます。その他雇用保険に加入します。

(2) 勤務時間

原則として月曜日から金曜日までの週5日、8時30分～17時15分（午後0時から午後1時は休憩時間）の勤務です。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、業務状況により土曜日・日曜日、祝日の勤務がある場合もあります。

(3) 休暇・服務

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。

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

(1) 応募者は受付期間中に応募書類を県北健康福祉センター総務企画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、「欠員補充（育休代替）職員臨床検査技師、保健師、看護師、診療放射線技師又は薬剤師募集申込」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】

令和7(2025)年1月16日より受付開始（土曜日・日曜日・祝日は受付できません）

※ 応募者を一定数確保できた場合は募集を締め切る場合があります。

【受付時間】

午前8時30分～17時15分まで

(2) 応募書類（各1部）

ア 栃木県臨時的任用職員（臨床検査技師、保健師、看護師、診療放射線技師又は薬剤師）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で可。

ウ 臨床検査技師、保健師、看護師、診療放射線技師又は薬剤師免許証の写し

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

※ 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。

7 応募先・問い合わせ先

〒324-8585 栃木県大田原市本町2-2828-4（那須庁舎1階）

県北健康福祉センター総務企画課

電話 0287-22-2257

栃木県臨時的任用職員（臨床検査技師、保健師、看護師、診療放射線技師又は薬剤師）採用選考試験申込書

試験職種	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
臨床検査技師、保健師、看護師、診療放射線技師又は薬剤師(該当する職種を丸で囲んでください)		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 氏 名 (自署) 印		
		※受付年月日
		※受験番号

※欄は記入の必要はありません。