令和８年度

島根県職員（言語聴覚士（県立病院））採用選考試験(第２回)

受 験 案 内

島　根　県　病　院　局
〒693-8555　出雲市姫原４－１－１
TEL　０８５３－３０－６４２４
島根県病院局ホームページ
https://www.pref.shimane.lg.jp/hosp/

島根県立病院憲章

１．患者さん中心の医療を実現するため、患者さんの意思を尊重し、高い倫理観と安全性に基づいた、高度で専門的な医療を提供します。
２．県立病院として、県の医療計画に則り、救急・周産期・災害・精神・へき地医療などの政策医療を積極的に担い、地域に必要とされる医療機能を発揮します。
３．医療・福祉・行政など多職種・他機関との連携を深化させ、持続可能な地域包括ケアの構築に貢献します。
４．地域に根ざした医療人の育成と継続的な専門性の向上に取り組み、未来の医療を支える人材を育てます。
５．職員が誇りと働きがいを持ち、安心して挑戦できる職場環境の整備と組織文化の醸成に努めます。
６．公共性と透明性を重視し、合理的・効率的かつ柔軟な病院経営を通じて、地域に信頼される病院を目指します。

○受　付　期　間　令和８年11月２日（月）～令和８年11月30日（月）
　　郵送の場合、令和８年11月30日（月）必着
○受　付　時　間　午前８時30分から午後５時15分まで（土曜日・日曜日及び祝日を除く。）
○試　　験　　日　令和８年12月19日（土）～20日（日）（応募状況によっては20日の試験は行いません）
○合　格　発　表　令和９年１月上旬

◆試験の日程、内容等は、新型コロナウイルスの感染状況等により変更することがあります。
◆試験に関する変更等については島根県病院局ホームページでお知らせしますのでご確認ください。

業務内容や１日のスケジュール、先輩の声など様々な情報を掲載しています。

１．試験区分、採用予定人員及び職務内容

試験区分	採用予定人員	職　　務　　内　　容
言語聴覚士	１名	県立病院に勤務し、専門的業務に従事します。

（注）**採用予定人員は、変更する場合があります。**

２．受　験　資　格

⑴　年齢、資格等

試験区分	年　　齢　　・　　資　　格　　等
言語聴覚士	**平成３年４月２日以降に生まれた人で、言語聴覚士の免許を有している人又は 令和９年3月末までに行われる国家試験により当該免許を取得する見込みの人**

⑵　上記⑴にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する人は受験できません。

（ア）　拘禁刑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人

（イ）　島根県の職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない人

（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人

（エ）　平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている人（心神耗弱を原因とするもの以外）

３．障がいのある方への配慮

⑴　拡大印刷問題の受験について
　視覚障がいのある方は、希望により拡大印刷問題での受験ができます。

⑵　車イスを使用する方の受験について
　着席場所などについて配慮をします。

⑶　その他
　その他の障がい等のために受験上の配慮を希望する方は、ご相談ください。
　※ご希望の内容によってはお応えできないことがあります。

上記のことを希望する方は、申込時に下記まで電話又はFAXでご連絡ください。
島根県病院局　電話 0853-30-6424　FAX 0853-21-2975

４．試験の日時、試験会場及び合格発表

日　　時	試 験 会 場	合　　格　　発　　表
12月19日（土） 受付時間　8:30 ～ 8:50 試験開始時間　9:10	**島根県立中央病院 （出雲市姫原4-1-1）**	令和９年１月上旬に島根県病院局ホームページに合格者の受験番号を掲示するほか、受験者（棄権者を除く。）全員に結果を通知します。 **（結果通知が届かない場合は、島根県病院局県立病院課に照会してください。）**
12月20日（日）		

（注）合格者の受験番号の掲示はインターネットでも行いますが、受験者（棄権者を除く。）に送付する結果の通知を必ず確認してください。[https://www.pref.shimane.lg.jp/hosp/]

５．試験の種目及び内容

試験区分	試験種目	内　　容
言語聴覚士	専 門 試 験	専門的な知識及び能力について、論述式による筆記試験 【用語説明問題５問と論述問題１問（800字）：90分】
	作 文 試 験	文章による表現力、課題に対する理解力等について試験 【1000字：75分】
	面 接 試 験	職務遂行能力等をみる目的で個別面接を実施 （事前に自己紹介書、成績証明書、経歴等調書（資格免許を有している人のみ）を提出）

6．受 験 手 続

持参又は郵送の場合

(ア)　所定の申込書、自己紹介書及び経歴等調書に必要な事項を記入し、**島根県病院局県立病院課（県立中央病院事務局内）**に直接持参するか郵送により提出してください。郵送する場合は、封筒の表に**「言語聴覚士申込」と朱書し、簡易書留郵便**にしてください。**簡易書留郵便によらない郵便の不着には対応できません。**

(イ)　受付は、土曜日、日曜日及び祝日を除き、令和８年11月２日(月)から11月30日(月)までの午前８時30分から午後５時15分までです。郵送による場合は、11月30日(月)までに到着したものに限り受け付けます。

(ウ)　提出書類

提　出　書　類　名	留　　意　　事　　項
①島根県職員（言語聴覚士）採用選考試験（第２回）申込書 ②自己紹介書 ③成績証明書 ④言語聴覚士採用選考試験受験に係る経歴等調書（※免許を有している人のみ） ⑤言語聴覚士免許証の写し（※免許を有している人のみ） 【②～④の書類は個別面接時における質問の参考とさせていただくもので、その内容自体を評定の対象とするものではありません】	申込書の切手欄に350円分の切手を貼り、提出してください。 （受験されなかった場合も返却しません。）

7．受験にあたっての注意事項

(1)　受験票は、申込みを受けた際すぐに交付しないで、受験資格を審査し、受付締切後に送付します。受験票が12月14日(月)までに到着しないときは、島根県病院局県立病院課（TEL 0853-30-6424）に照会してください。

(2)　受験票には最近６か月以内に撮影した写真（上半身・脱帽・正面向き・縦４㎝横３㎝）を貼り付けて試験の当日持参してください。**（写真がない場合は受験できません。）**

(3)　試験当日は次のものを持参してください。

持　参　す　る　も　の	留　　意　　事　　項
受験票	写真欄に最近６か月以内に帽子をつけないで上半身正面向きを撮った縦４㎝横３㎝の写真を貼ってください。
ＨＢ又はＢの鉛筆及び消しゴム	
ボールペン(黒)	受験資格確認書記入用。
昼　食(必要な方のみ)	ゴミは持ち帰ってください。

(注)試験会場に時計がない場合がありますので、必要な人は時計を持参してください。(時計機能だけのものに限る。)

(4)　受験手続き、その他この試験についての問い合わせは、島根県病院局県立病院課(県立中央病院事務局内)(〒693-8555 出雲市姫原４－１－１　TEL 0853-30-6424）にしてください。**（試験当日については、080-6324-5851）**

8．合格から採用まで

(1)　採用は、**原則として令和９年４月１日以降**になります。採用は、任命権者である病院事業管理者により決定されます。ただし、免許を有している人の場合、相談の上、令和９年３月 31 日以前に採用されることがあります。

(2)　「２．受験資格」を満たさない場合や、免許を取得する見込みの人で、「２．受験資格」の項に記載する所定の時期までに免許を取得できなかった場合は、採用される資格を失います。

9．労働条件等

⑴　試用期間等

免許取得見込みの人は、令和９年４月１日は「技師」として採用され、免許取得を確認後、言語聴覚士として任用されます。また、６か月間は条件付採用期間となり、その職務を良好な成績で遂行したときに正式採用となります。

⑵　勤務時間

１ヶ月を平均して１週間あたり 38 時間 45 分。夜間勤務及び宿日直なし。

⑶　休暇

年次有給休暇は１年間に20日（採用初年は、４月採用の場合15日）あります。その他、リフレッシュ休暇、慶弔休暇、介護休暇、私傷病休暇等。

【出産・育児に関する休暇・制度】（主なもの）

・産前産後休暇
・妊娠障害、妊娠中の通勤緩和、妊産婦の健康診査の休暇
・育児休暇、妻の出産休暇、産後パパ育休（男性のみ）
・育児休業、育児時間、部分休業、育児短時間勤務、子の看護等休暇

⑷　賃金

初任給は、令和８年４月１日現在、次の表のとおりです。このほか扶養手当、通勤手当、住居手当、期末手当、勤勉手当、時間外勤務手当、特殊勤務手当等の諸手当が支給されます。（言語聴覚士免許取得後の経歴を有する人は、その経歴に応じて給料月額を決定します。）

試 験 区 分	学　　歴	年　　齢	初任給月額
言 語 聴 覚 士	短大３卒	21　　歳	２４６，８１５円

⑸　社会保険

地方公務員等共済組合法の規定に基づき健康保険及び厚生年金の給付を、地方公務員災害補償法の規定に基づき公務災害補償を、それぞれ行います。

⑹　受動喫煙防止措置の状況

敷地内全面禁煙としています。敷地内に喫煙場所は設けていません。

10. 試験成績の通知について

この採用試験を有効に受験した人には、試験成績をお知らせします。

対　象　者	通　知　内　容	通　知　方　法
合格者及び不合格者	総合得点、種目別得点、総合順位及び種目別に定めた基準を満たさなかった種目	合格発表日以降に、受験票・試験結果通知送付先住所へ郵送します。

11. 個人情報の取扱い

本試験においては、個人情報を以下の目的で使用するために収集しており、それ以外の目的に使用することはありません。

⑴　本試験に関する事務の実施

⑵　今後の採用試験や募集活動のための資料作成（個人が特定できないように処理します。）

⑶　最終合格者の採用に関する事務の実施（最終合格者の個人情報を島根県総務部人事課に提供します。）

〔申込書の記入要領〕

受験申込書の記入に当たっては、次の記入要領をよく読んで正確に記入してください。

(1) 記入に当たっては、黒インク又は黒のボールペンを使用し、※印欄を除くすべての欄にもれなく正確に記入してください。

(2) 数字は算用数字で記入してください。

(3) 記入したものを訂正する場合は、次のように訂正してください。

〈例〉

ウ	~~エ~~	~~ダ~~		~~イ~~	~~ッ~~	~~ペ~~	イ			

ウ エ タ゛ イ ッ ヘ ゜ イ

(4) 記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。

＜記入例＞

令和８年度 島根県職員(言語聴覚士(県立病院))採用選考試験(第２回) 申込書

※受験番号 記入しないでください

①氏名		②生年月日	⑤試験の種類
カナ(左端から、姓と名の間は1字あけ、濁点(゛)・半濁点(゜)は1字として記入してください。) ウエタ゛ イッヘ゜イ		平成 16年 04月 12日	言語聴覚士
漢字(左端から、姓と名の間は1字あけて記入してください。) 植田 一平	③性別 男	④試験地 出雲市	⑥試験区分 言語聴覚士

⑦受験票・試験結果通知送付先住所(建物の名称等を明確に記入してください。)

郵便番号(必ず7桁の番号を記入してください。) 690-1234 都道府県名 (島根県)

電話番号(市外局番から記入してください)＊携帯電話の番号可 (0852) 12 - 3456

メールアドレス abc123@gmail.com

市郡区名 松江市 町村名・丁目・字名 殿町

番地(算用数字で記入してください。) 2345-6 建物名(寮・アパート・マンション・ビル名)

⑧現住所(送付先住所と異なる場合、記入してください。送付先住所と同じであれば、記入不要です。)

郵便番号(必ず7桁の番号を記入してください。) 100-9876 都道府県名 (東京都)

電話番号(市外局番から記入してください)＊携帯電話の番号可 (090) 1234 - 5678

市郡区名 千代田区 町村名・丁目・字名 平河町2丁目

番地(算用数字で記入してください。) 6-3 建物名(寮・アパート・マンション・ビル名) 島根アパート203号

⑨学歴(最終学歴を記入してください。)

学校名・学部学科名	卒業(見込)年	在学期間
東西大学医学部 保健学科	令和 09年 卒業見込	平成 05年 04月 から 令和 09年 03月 まで

⑩資格・免許

試験区分	取得(見込)年月
(言語聴覚士)	令和 09年 03月 取得見込

※ 記入しないでください

⑪(切手欄)

通知等発送用として350円分の郵便切手をはがれないように枠内に貼ってください。

切手貼付欄 切手 350円分

(切り離してはいけません)

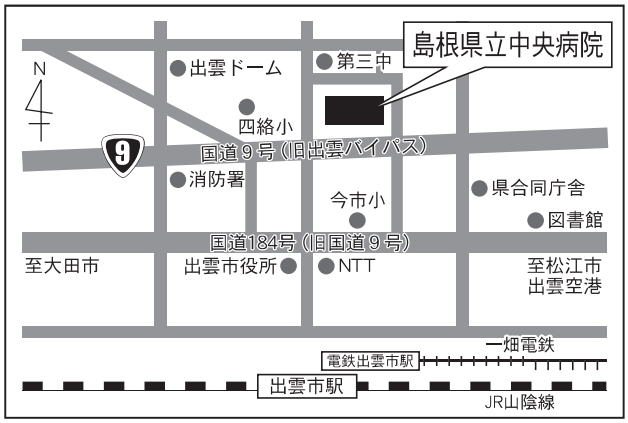
申込書等記入上の注意

1. ※印欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。
2. 記入にあたっては、黒インク又は黒のボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください。
3. 数字は算用数字を使用してください。
4. 受験案内の「申込書の記入要領」をよく読んで、間違いのないようにはっきり書いてください。
5. 記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。

試 験 会 場 案 内 図

島根県立中央病院(出雲市姫原４－１－１)

・JR出雲市駅から1.6㎞
徒歩…20分　タクシー…５分
バス…７分
(出雲市駅乗車、「県立中央病院」バス停下車)



①氏名

カナ及び漢字で左端から記入し、姓と名の間を１マス空け、また、カナの欄については濁点・半濁点は１字としてください。

②生年月日

（例）平成16年４月12日生まれの場合　「平成 1 6 年 0 4 月 1 2 日」

③性別

記載は任意です。未記載とすることも可能です。

④試験地

あらかじめ印刷してありますので、記入の必要はありません。

⑤試験の種類、⑥試験区分

あらかじめ印刷してありますので、記入の必要はありません。

⑦受験票・試験結果通知送付先住所

受験票及び試験結果通知を送付するあて先となりますので、確実に郵便物が届くよう、建物の名称等を明確に記入してください。

濁音・半濁音の表示については、濁音・半濁音を含めて１文字としてください。

電話番号は申込書記載内容の確認のため必要ですので、**日中でも必ず連絡がとれる番号**を記入してください。（携帯電話等）

⑧現住所

⑦で記載した住所（送付先住所）と異なる場合、送付先住所と同様の要領で記入してください。（送付先住所と同じであれば記入する必要はありません。）

⑨学歴

⑴　学校名・学部学科名

「最終学歴について」学校名・学部学科名を記入してください。

⑵　卒業（見込）年

次の区分に従い該当する修学区分の番号を〇で囲み、卒業（見込）年を記入してください。

修学区分	番号
卒業（修了）	1
卒業（修了）見込	2
在学中（令和９年４月１日現在）	3
中退	4

令和９年４月以降に卒業見込みの方は「令和９年在学中」と記入してください。（例）令和 10 年３月大学院修了の場合

⑶　在学期間

在学（予定）期間を記入してください。

⑩資格・免許

資格・免許の取得（見込）年月を記入してください。

⑪切手欄

枠内に350円分の郵便切手を貼ってください。

令和８年度　島根県職員（言語聴覚士（県立病院））採用選考試験（第２回）　申込書

※受験番号　記入しないでください

①氏名

カナ（左端から、姓と名の間は１字あけ、濁点（゛）・半濁点（゜）は１字として記入してください。）

漢字（左端から、姓と名の間は１字あけて記入してください。）

②生年月日　平成　年　月　日

③性別

④試験地　出雲市

⑤試験の種類　言語聴覚士

⑥試験区分　言語聴覚士

⑦受験票・試験結果通知送付先住所（建物の名称等を明確に記入してください。）

郵便番号（必ず７桁の番号を記入してください。）　都道府県名（　　）

電話番号（市外局番から記入してください）＊携帯電話の番号可　（　　）　－

メールアドレス

市郡区名

町村名・丁目・字名

番地（算用数字で記入してください。）

建物名（寮・アパート・マンション・ビル名）

⑧現住所（送付先住所と異なる場合、記入してください。送付先住所と同じであれば、記入不要です。）

郵便番号（必ず７桁の番号を記入してください。）　都道府県名（　　）

電話番号（市外局番から記入してください）＊携帯電話の番号可　（　　）　－

市郡区名

町村名・丁目・字名

番地（算用数字で記入してください。）

建物名（寮・アパート・マンション・ビル名）

⑨学歴（最終学歴を記入してください。）

学校名・学部学科名

卒業（見込）年　1. 平成　2. 令和　年　1. 卒業　2. 卒業見込　3. 在学中　4. 中退

在学期間　1. 平成　2. 令和　年　月　から　1. 平成　2. 令和　年　月　まで

⑩資格・免許

試験区分　（　言語聴覚士　）

取得（見込）年月　1. 平成　2. 令和　年　月　1. 取得　2. 取得見込

※　記入しないでください

1　　8

（切り離してはいけません）

⑪（切手欄）

通知等発送用として350円分の郵便切手をはがれないように枠内に貼ってください。

切手貼付欄

申込書等記入上の注意

1．※印欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。

2．記入にあたっては、黒インク又は黒のボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください。

3．数字は算用数字を使用してください。

4．受験案内の「申込書の記入要領」をよく読んで、間違いのないようにはっきり書いてください。

5．記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。

自 己 紹 介 書

※受験番号欄は記入しないでください。

島 根 県 病 院 局

※受験番号	試験区分	ふりがな	年齢（R9.4.1日現在）
	言語聴覚士	氏名	歳

1．学歴・職歴　　＊学歴：義務教育課程は記入不要

年 月～ 年 月	学歴・職歴

2．志望の動機

3．クラブ活動、スポーツ、文化活動、ボランティア活動、資格（資格名、取得年月日）等

4．最近関心を持ったことがら（箇条書き）

・

・

・

5．自己ＰＲ

6．本採用選考試験以外の就職活動等の状況（該当するものにチェックしてください。複数回答可。）

□公務員　□他の医療機関　□進学　□その他（　　）

＊この自己紹介書は、個別面接時における質問の参考とさせていただくもので、ここに記入された事柄自体を評定の対象とするものではありません。

言語聴覚士採用選考試験受験に係る経歴等調書

※受験番号欄は記入しないでください

※受験番号	試験区分	ふりがな	
	言語聴覚士	氏　名	

（記載にあたっての注意）

○経歴については、上から順に最近のものから記載してください。
○黒ボールペン等ではっきりと記載してください。

理学療法士・言語聴覚士に関わる業務に従事した期間の経歴

勤務先（所在地）	採用形態 勤務形態	主な業務内容等	在職期間のうち資格免許に関わる業務に従事した期間（職務経験期間）
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
			職務経験期間通算：　年　か月

（注）
・この経歴等調書に記載する職務経験とは、３か月以上継続して就業した期間を記載してください。(1か月未満の日数は、30日を１か月として計算します。)
・上記枠に記載しきれない場合は、別紙に記載してください。
・在職中の場合には、従事した時期の下段「　　年　月まで」の部分は空欄にしてください。
・「採用形態」、「勤務形態」の欄は該当するものを○で囲んでください。

＊この経歴書の記載事項は、職員採用選考のために用いるものです。