



令和5年度

島根県職員(理学療法士・言語聴覚士(県立病院))採用選考試験

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. 患者さんの意思を尊重し、高い倫理観に基づいた、高度で専門的な医療を安全に提供します。
2. 県立病院として、県の医療計画に基づき病院の機能と役割を明確にし、救急医療、周産期医療、災害医療、へき地医療などの政策医療を積極的に担います。
3. 他の医療機関などとの連携を密にして、地域医療の充実に努めます。
4. 地域に期待される医療者の育成に努めます。
5. 職員が安心して働くことができる職場環境の整備に努めます。
6. 公共性を確保し、合理的かつ効率的な病院経営に努めます。

- 受付期間 令和5年7月10日(月)～令和5年8月10日(木)  
郵送の場合、令和5年8月10日(木)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5年8月26日(土)～27日(日)(応募状況によっては27日の試験は行いません)
- 合格発表 令和5年9月中旬

- ◆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。

#### 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                  |
|-------|--------|-----------------------|
| 理学療法士 | 1名     | 県立病院に勤務し、専門的業務に従事します。 |
| 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

### (1) 年齢、資格等

| 試験区分  | 年 齢 ・ 資 格 等   |
|-------|---|
| 理学療法士 | 昭和63年4月2日以降に生まれた人で、理学療法士の免許を有している人又は令和6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 |
| 言語聴覚士 | 昭和63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6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 |

(2) 上記(1)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) 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

### (1) 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。

### (2) 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。

### (3) 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   |
|---|--------------------------|--|
| 8月26日(土)<br>受付時間 8:30~8:50<br>試験開始時間 9:10 | 島根県立中央病院<br>(出雲市姫原4-1-1) | 9月中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。<br>(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。) |
| 8月27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  |
|----------------|------|--|
| 理学療法士<br>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<br>【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<br>【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<br>(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「**理学療法士申込**」又は「**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5年7月10日(月)から8月10日(木)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、8月10日(木)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(理学療法士・言語聴覚士)採用選考試験申込書<br>②自己紹介書<br>③成績証明書<br>④理学療法士・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)<br>⑤理学療法士又は言語聴覚士免許証の写し(※免許を有している人のみ)<br>【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280円分の切手を貼り、提出してください。<br>(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8月21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4cm横3cm)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4cm横3cmの写真を貼ってください。 |
| H B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6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6年4月1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

### (1) 試用期間等

免許取得見込みの人は、令和6年4月1日は「技師」として採用され、免許取得を確認後、理学療法士又は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。

### (2) 勤務時間

1ヶ月を平均して1週間あたり38時間45分。

### (3) 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、産前産後休暇、子の看護休暇、私傷病休暇等。

### (4) 賃金

初任給は、令和5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。（理学療法士又は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    |
|-------|------|-----|----------|
| 理学療法士 | 短大3卒 | 21歳 | 194,687円 |
| 言語聴覚士 | 短大3卒 | 21歳 | 194,687円 |

### (5) 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に基づき公務災害補償を、それぞれ行います。

### (6) 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、それ以外の目的には使用しません。

### (1) 本試験に関する事務の実施

### (2) 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。）

### (3) 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 | ツ | パ | イ |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|

  
 ウ エ タ ャ イ ツ 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5年度 島根県職員(理学療法士・言語聴覚士(県立病院))採用選考試験 申込書

※受験番号 記入しないでください

① (切手欄)

通知等発送用として280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

280円分

|  |  |  |  |                                       |  |
|--|--|--|--|---------------------------------------|--|
| ①氏名<br>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)<br>ウエタ イツヘ。イ                                     |  | ②生年月日<br>年 月 日<br>平成 13 04 12                            |  | ⑤試験の種類<br>理学療法士                       |  |
| 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)<br>植田 - 平   |  | ③性別<br>男   |  | ④試験地<br>出雲市                           |  |
| ⑦受験票・試験結果通知送付先住所(寮・下宿等の場合には、建物の名称・同居先等を明確に記入してください)<br>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<br>690-1234 (島根県) |  | 電話番号(市外局番から記入してください)*携帯電話の番号も可<br>(0852) 12-3456         |  |                                       |  |
| メールアドレス<br>abc123@gmail.com  |  |  |  |                                       |  |
| 市郡区名<br>松江市  |  | 町村名・丁目・字名<br>験町  |  |                                       |  |
| 番地(算用数字で記入してください)<br>2345-6  |  | 建物名(寮・アパート・マンション・ビル・同居先名)                                |  |                                       |  |
| 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。)<br>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<br>100-9876 (東京都)     |  | 電話番号(市外局番から記入してください)*携帯電話の番号も可<br>(090) 1234-5678 ( )方呼出 |  |                                       |  |
| 市郡区名<br>千代田区   |  | 町村名・丁目・字名<br>平河町2丁目                                      |  |                                       |  |
| 番地(算用数字で記入してください)<br>6-3   |  | 建物名(寮・アパート・マンション・ビル・同居先名)<br>島根アパート203号                  |  |                                       |  |
| ⑨学校名(最終学歴を記入してください。)<br>学校名・学部学科名<br>東海大学医学部 保健学科  |  | 卒業(見込)年<br>平成 06 年                                       |  | 在学期間<br>平成 0204 年 月 から 平成 0603 年 月 まで |  |
| ⑩資格・免許<br>試験区分<br>(理学療法士)  |  | 取得(見込)年月<br>平成 0603 年 月                                  |  |                                       |  |

※ 記入しないでください

1 8

### 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1.6km
- 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)

- 5 -

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13年4月12日生まれの場合

|           |   |     |     |     |     |     |     |
|-----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (3)<br>昭和 | 年 | (1) | (3) | (0) | (4) | (1) | (2) |
| (4)<br>平成 |   |     |     |     |     |     |     |

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

「理学療法士」「言語聴覚士」から、受験するものを記入してください。

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、寮・下宿等の場合は、建物の名称・同居先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。(携帯電話の番号でも結構です。)

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

(1) 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。

(2) 卒業(見込)年

次の区分に従い該当する修学区分の番号を○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6年4月1日現在) | 3  |
| 中退              | 4  |

令和6年4月以降に卒業見込みの方は「令和6年在学中」と記入してください。(例)令和7年3月大学院修了の場合

(3) 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280円分の郵便切手を貼ってください。





# 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（R6.4.1日現在） |
|       |      | 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。）  |       |
| <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 他の医療機関 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 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。



