

## 令和4年度採用名古屋市立大学職員 《理学療法士・作業療法士・言語聴覚士》採用案内

新型コロナウイルス感染症対策のため、実施時期・方法が変更となる場合がございます。  
その場合は本ページに追記いたしますので、ご確認をお願いいたします。

| 募集職種  | 採用人員    | 応募資格                   |
|-------|---------|------------------------|
| 理学療法士 | 正規職員 数名 | 理学療法士免許取得者（取得見込みの方を含む） |
| 作業療法士 | 正規職員 数名 | 作業療法士免許取得者（取得見込みの方を含む） |
| 言語聴覚士 | 正規職員 数名 | 言語聴覚士免許取得者（取得見込みの方を含む） |

採用日 令和4年4月1日

試験項目 筆記試験（小論文）及び面接試験

試験日時 令和4年2月6日（日）

\*採用試験は採用人数に達し次第、応募を締め切ることがあります。

\*試験会場については、受験票と共に郵送にて連絡します。

\*応募者多数の場合は、面接試験を別日とする場合があります。

給与等 約210,450円（四大卒）

約200,100円（短大（3年制）卒）

\*地域手当を含む。経歴等に応じて加算される場合があります。

\*この他に扶養手当、通勤手当、住居手当及び期末勤勉手当などの諸手当が支給要件に応じて支給されます。

\*採用されるまでに上記に関する諸規程が改正された場合には、その定めるところによります。

業務内容 各職種の業務一般

契約期間 期間の定めなし

試用期間 あり（6ヵ月）

休日 土日の相当する日数、祝日及び年末年始

就業時間 名古屋市立大学病院：8時30分から17時00分

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター：8時45分から17時15分

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター：8時45分から17時15分

\*いずれも休憩45分を含みます。

\*シフト、及び勤務場所により上記勤務時間と異なる時間帯での勤務となる場合があります。

\*業務の都合により、時間外労働や休日出勤を命じることがあります。

勤務場所 名古屋市立大学病院 (名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄 1 番地)  
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター (名古屋市千種区若水一丁目 2 番 23 号)  
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター (名古屋市北区平手町 1 丁目 1 番地の 1)  
\*上記以外に医学部附属病院化後の名古屋市厚生院附属病院で勤務する場合があります。

社会保険 公立学校共済組合

労働保険 雇用保険に加入。地方公務員災害補償制度が適用。

応募方法 次の書類を下記まで郵送してください。

**令和4年1月25日(火) 17時必着**

次の書類を下記まで郵送してください。

- ① 募集申込書 (写真貼付)
- ② 応募職種の資格免許証の写し (有資格者のみ) (A4サイズに縮小)
- ③ 成績証明書 (養成校・学部等)

その他 令和3年4月1日から東部医療センター・西部医療センターは名古屋市立大学医学部附属の病院となりました。法人職員としての採用です。

**免許取得見込みの方が国家試験不合格の際には、本採用試験に合格した場合でも採用することができませんのでご了承ください。**

採用後は、必要により、主とする業務内容の変更や、公立大学法人名古屋市立大学内の人事異動 (病院間の異動等) が行われる可能性があります。

その他、詳細は下記へお問い合わせください。

お問い合わせ先 **〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号 (名古屋市役所西庁舎 11 階)**

及び書類提出先 **名古屋市立大学事務局総務課病院人事係 担当：山本**

**TEL052-972-2614 (直通)**

\*平日 8 時 45 分～17 時 30 分 (12 時 00 分～13 時 00 分は除く)

\*封筒には、「リハビリテーション職員採用試験応募書類在中」と朱書きしてください。

名古屋市立大学職員《理学療法士・作業療法士・言語聴覚士》

採用選考 募集申込書

写真貼付  
(4cm×3cm)

年 月 日現在

|  |                    |                    |               |
|--|--------------------|--------------------|---------------|
| ふりがな   |                    | 生 年 月 日            | 性 別<br>(任意記載) |
| 氏 名  |                    | 昭和<br>年 月 日生<br>平成 |               |
| ふりがな   |                    |                    | 電話 ( )<br>—   |
| 現 住 所<br>(書類送付先)   | 〒                  |                    | 携帯 ( )<br>—   |
| 職 種 選 択 (いずれかひとつに丸を付してください。)   |                    |                    |               |
| <input type="checkbox"/> ( ) 理学療法士<br><input type="checkbox"/> ( ) 作業療法士<br><input type="checkbox"/> ( ) 言語聴覚士 |                    |                    |               |
| 学<br>歴   | 期 間                | 学 校 名              | 学部・学科名        |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 中学校                |               |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |
| 職<br>歴   | 期 間                | 勤 務 先              | 職 務 内 容       |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |
|  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |               |

|                        |     |      |       |
|------------------------|-----|------|-------|
| 資格・免許<br>(リハビリテーション関係) | 名 称 | 取扱機関 | 取得年月日 |
|                        |     |      |       |
|                        |     |      |       |
|                        |     |      |       |
|                        |     |      |       |

特技・趣味など

志望の動機

私は、令和4年度名古屋市立大学職員〈理学療法士・作業療法士・言語聴覚士〉採用試験を受験したいので、募集要項の記載事項をすべて了承のうえ、申し込みます。

なお、私は、募集要項に掲げてある受験資格等をすべて満たしており、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

印