

## 令和7年度採用 神奈川県立足柄上病院職員（契約職員・非常勤職員）の募集

足柄上病院は、地域に密着し、地域と連携しながら地域完結型医療を目指す総合病院です。広く県民の皆さんに当院の仕事を支えていただくために職員を募集します。

1 応募資格	<p>(1)①又は②に該当する方</p> <p>①公共職業安定所（以下「ハローワーク」という。）に求職登録をしている方</p> <p>②応募時点で就業中、就学中であるが、令和7年4月1日から神奈川県立足柄上病院で就業可能な方</p> <p>(2)希望する業務に必要な資格、能力等を有する方</p> <p>(注)次に該当する方は応募できませんので、ご了承ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）</li> <li>・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</li> </ul>
2 業務内容・勤務時間・報酬等	<p><b>別紙 神奈川県立足柄上病院職員（契約職員・非常勤職員）募集詳細のとおり</b></p> <p>社会保険 ○契約職員：健康保険、厚生年金、雇用保険</p> <p>○非常勤職員：同上&lt;ただし一部例外あり&gt;</p>
3 雇用期間	<p><u>令和7年4月1日から令和8年3月31日まで</u></p> <p>注) 更新の可能性について</p> <p>別紙一覧表の「更新の可能性」欄で「有」の募集については、同一の業務が継続してある場合、選考（面接）を経て、改めて雇用される場合があります。</p>
4 応募書類	<p>(1)選考申込書又はハローワーク紹介状（ハローワークから交付を受けている方。）</p> <p>(2)履歴書（市販のもの又はパソコン等で作成したもの）</p> <p>(3)免許証の写し（資格職に応募の方のみ）</p> <p>(4)職務経歴書の写し（職務経験のある方のみ）</p> <p>(5)障害者手帳の写し（障害者雇用に応募の方のみ）</p> <p>※ハローワークからの紹介状の有無は選考には影響しません。</p> <p>※提出いただいた書類は返却いたしませんのでご了承ください。</p>
5 選考方法	<p>書類選考、面接（面接日程は、書類選考を通過した方に個別に連絡します。）</p>
6 応募手続	<p><u>令和7年1月17日（金）～令和7年1月30日（木）までに</u>、必要書類を直接又は郵送で提出してください。</p> <p>① 郵送で提出する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>令和7年1月30日（木）日必着とします。</u></li> <li>・封筒に「足柄上病院職員応募」と記載してください。（書留、簡易書留、特定記録郵便によらない郵便の事故等については一切考慮しませんのでご了承ください。）</li> </ul> <p>② 持参</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和7年1月30日（木）午後5時15分までに提出してください。</li> <li>・受付は土、日曜日及び祝日を除く午前8時30分から午後5時15分までです。</li> </ul>
7 応募先	<p>〒258-0003 足柄上郡松田町松田惣領866-1</p> <p>神奈川県立足柄上病院 事務局総務課 （1号館5階）</p> <p>電話（0465）83-0351 内線5510 職員採用担当</p>

# 神奈川県立足柄上病院（契約・非常勤） 採用選考申込書

希望職種等

希望 順位	身分 (どちらかに○)	番号	職 種	勤務形態
	契約・非常勤			週 日勤務、1日 時間勤務
	契約・非常勤			週 日勤務、1日 時間勤務
	契約・非常勤			週 日勤務、1日 時間勤務

ふりがな 氏 名		性 別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
現住所 (〒 )		外国籍 <input type="checkbox"/> (外国籍の方のみ、上の <input type="checkbox"/> に チェックを入れてください。)	
電 話 ( ) 携帯電話 ( )			
資 格 ・ 免 許			
名 称	取得 (見込み) 年月日		認定 (交付) 機関
看護師免許	年 月 日		厚生労働省
	年 月 日		
	年 月 日		
<p>私は、神奈川県立足柄上病院の職員採用に応募したいので別紙履歴書を添えて申し込みます。この申込書及び別紙履歴書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p>なお、私は次のいずれにも該当しておりません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ (日付、氏名は必ず応募者本人が記名してください)</p>			

## 足柄上病院案内図



名 称：神奈川県立足柄上病院  
住 所：足柄上郡松田町松田惣領866-1  
交通機関：小田急線「新松田駅」下車、徒歩5分  
または、JR御殿場線「松田駅」下車、徒歩10分

〒258-0003

足柄上郡松田町松田惣領866-1

神奈川県立足柄上病院総務課 御中

【送付用あて名】

申し込みの際にご活用ください。  
線で切って封筒に貼付してください。