

平成 29 年度 茨城県病院局職員（診療情報管理士）採用選考試験案内

平成 29 年 12 月 13 日
茨城県病院局経営管理課

次により、診療情報管理士を採用するための選考試験を行います。

- | |
|--|
| ■試験日：平成 30 年 2 月 13 日（火）
■申込期限：平成 30 年 2 月 6 日（火）
※郵送の場合：同日消印有効，持参の場合：同日必着
■試験会場：茨城県立こころの医療センター 2階 集会ホール（笠間市旭町 654） |
|--|

1 募集職種，採用予定人員等

採用職種	採用 予定 人員	勤務場所	主な職務内容	採用予定 年月日
診療情報 管理士	2 名	茨城県立中央病院 (笠間市鯉淵6528) 又は 茨城県立こころの医療センター (笠間市旭町654)	○診療情報管理業務全般 ○院内がん登録，全国がん登録 ○診療データの収集・分析 ○DPCに関すること ○医事業務に関すること ○施設基準に関すること 等 ※DPCに関することは，中央 病院に勤務する場合のみ	平成30年 4月1日

2 試験日，試験会場及び合格者の発表

- 試験日
平成 30 年 2 月 13 日（火）
- 開始時間
午前 9 時から（受付開始：午前 8 時 30 分）
- 試験会場
茨城県立こころの医療センター 2階 集会ホール
(笠間市旭町 654 TEL：0296-77-1151)
- 持参品
鉛筆（HB 又は HB より濃いもの），消しゴム，鉛筆削り，ボールペン
※ 事前に受験票は発行しませんので，当日，受付（2階集会ホール）で名前を申し出て
ください。
- 合格発表
平成 30 年 2 月 26 日（月）頃に，すべての試験項目を受験した方全員に通知します。

3 受験資格

次のいずれにも該当する人

- 昭和 58 年 4 月 2 日以降に生まれた人
- 診療情報管理士の資格を有する人又は平成 29 年度に実施される診療情報管理士認定試験により資格を取得見込みの人

※ 診療情報管理士資格を取得見込みの人で資格を取得できなかった場合は，この選考に合格しても採用されません。

- ◇ 上記の資格に該当する人であっても、次のいずれかに該当する人は受験できません。
 - ア 日本の国籍を有しない人
 - イ 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）
 - ウ 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
 - エ 茨城県において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない人
 - オ 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

4 受験手続

次の書類を平成 30 年 2 月 6 日（火）までに茨城県病院局経営管理課人事・給与グループ（〒310-8555 水戸市笠原町 978 番 6）へ提出願います。

- ア 申込書（別紙様式による）
- イ 履歴書（別紙様式による）
- ウ 面接表（別紙様式による）
- エ 身体検査書（別紙様式の検査項目を受診してください。）
- オ 診療情報管理士認定証の写し（資格所有者のみ）
- カ 最終学校の卒業証明書及び成績証明書 各 1 通
（在学中の人にあっては、卒業見込証明書及び成績証明書 各 1 通）
- キ 8 2 円切手を貼った応募者自身のあて先を明記した返信用封筒 1 通
（長形 3 号〔縦 23.5 cm×横 12 cm 程度〕）

- ※ 申込みは、郵送・持参のいずれかの方法とします。
- ※ 郵送により申込む場合は、上記期日の消印有効とします。申込みの封筒の表に「選考採用」と朱書きし、必ず郵便局の窓口で「簡易書留」の手続をとってください。
- ※ 持参により申込む場合は、上記期日までの期間中の午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分までの時間内とし、日曜日、土曜日、12 月 29 日～1 月 3 日及び祝祭日は除きます。

5 試験の方法及び内容

項目	内容
論文試験〈1 時間〉	文書による表現力、課題に対する理解力等をみます。
口述試験（個別面接）	主として人物についての評価を行います。
適性検査	通常の職務遂行に必要な適性の有無についてみます。

6 給与

給与は、病院事業職員の給与の種類及び基準に関する条例等により支給されます。例えば、卒業後直ちに採用された場合の給料及び手当は、次のとおりです。

（平成 29 年 4 月 1 日現在）

職 種	学歴免許	給 与 月 額（地域手当含む）
診療情報管理士	大学卒	1 9 5, 8 8 8 円
	短大 2 卒	1 7 4, 5 8 2 円

- ・ 上記金額は、学歴区分に属する学校を卒業した場合の額です。（地域手当 6 % を含めた額）
- ・ 経歴年数（職務経歴）により、上記金額に一定額が加算又は除算されることがあります。
- ・ このほか、扶養手当、住居手当、通勤手当、時間外勤務手当及び期末・勤勉手当等が

あります。

- ・ なお、これらの手当等については、条例改正等により変更されることがあります。

7 福利厚生

- ・ 共済組合に加入することにより、療養給付，災害給付，貸付金等が受けられます。また，全国にある保養所等の宿泊施設が利用できます。
- ・ 県立中央病院隣りの病院局院内保育所（24時間保育）が利用可能です。

8 休暇制度

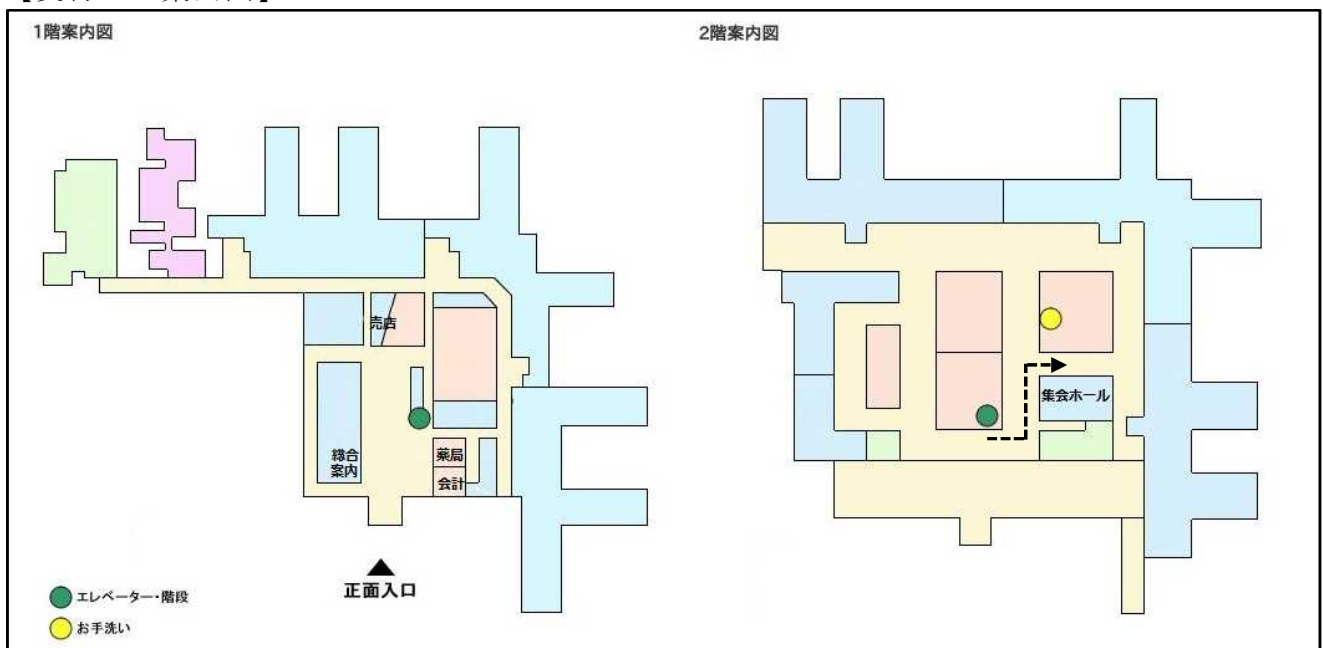
- ・ 年次有給休暇は，1年につき20日（ただし，年中途採用の場合は採用日に応じて付与）で，年休の未使用日数は20日を限度に翌年に繰り越すことができます。（年間最大40日）
- ・ 5日間の夏季休暇があります。
- ・ このほか，療養休暇，特別休暇（結婚・忌引等），育児休業等があります。

9 この選考試験についての問合せ先

茨城県病院局経営管理課（人事・給与グループ）

〒310-8555 水戸市笠原町978番6 電話：029-301-6518

【受付への案内図】



◆ お知らせ ◆

県立病院の見学を希望する方は随時受け付けます。ご相談ください。

○問合せ先・連絡先

県立中央病院企画情報室（担当：増田）

電話：0296-77-1121（代）

県立こころの医療センター医事課（担当：萩谷）

電話：0296-77-1151（代）

茨城県病院局職員採用選考試験申込書
【診療情報管理士】

試 験 日	平成30年2月13日（火）		
(ふりがな) 氏 名	() ㊟		
生年月日	昭 和	年	月 日 (才)
	平 成		
在学又は 最終学校名	昭和・平成 年 月 卒業・卒業見込		
資格免許 取得の有無	資格名称	診療情報管理士	昭和・平成 年 月 日取得・取得見込

※ 参考までに、本採用選考試験をお知りになったきっかけに○を付けてください。（複数回答可）

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1. 知人からの紹介 | 2. 県・各病院のホームページを見て |
| 3. 新聞折り込みを見て | 4. 学校からの紹介 |
| 5. その他（具体的に： |) |

履 歴 書

No. 1

写 真	(ふりがな)				
4 cm × 4 cm	氏 名	(印)			
	旧 氏 名	(異動：昭・平 年 月 日)			
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日 (才)	性別	配偶者の有無	
				有 ・ 無	
(ふりがな) 現 住 所	〒 (-)		電 話		
(ふりがな) 連 絡 先 <small>※現住所以外に連絡を 希望する場合のみ記入</small>	〒 (-)		電 話		
学 歴 (小学校から記載すること)	学 校 名 学部学科名 (専攻科目)	修 学 期 間	年数	修 学 区 分	
		年 月 日～ 年 月 日		卒	卒見込
		年 月 日～ 年 月 日		卒	卒見込
		年 月 日～ 年 月 日		卒	卒見込
		年 月 日～ 年 月 日		卒	卒見込
		年 月 日～ 年 月 日		卒	卒見込
		年 月 日～ 年 月 日		卒	卒見込
		年 月 日～ 年 月 日		卒	卒見込
				第 学年 修・退	

*履歴書 No.2 も記入願います。

履 歴 書

No. 2

資格 免許等	試験・資格・免許の名称	取得年月日	取扱機関
	診療情報管理士	昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
職 歴	在職期間	勤務先	職務内容
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤
	年 月 日～ 年 月 日		常勤 非常勤

※職務内容欄の「常勤（フルタイム勤務）」又は「非常勤（勤務時間がフルタイムに満たない）」に○をしてください。

私は、地方公務員法第16条の規定に該当していません。

また、この履歴書のすべての記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

受験者氏名（自署）

面 接 表

(ふりがな) 氏 名 生年月日 (昭和・平成 年 月 日)	受験番号	性別	備考
	※		
在学中最も得意とした学科			
在学中最も不得意とした学科			
性 格			
所属クラブ等			
資格・特技			
趣味・嗜好			
好きなスポーツ			
志望の動機・理由			
自己アピールしたいことがあれば記入してください			

※ 受験番号は空欄のままで結構です。

本表は口述考査（面接試験）に使用します。

身 体 検 査 書

茨城県病院局

氏 名		生年月日	年 月 日生
現住所			

身 長		cm	眼 疾	有 () ・無
体 重		kg	聴 力	正常・異常 ()
胸 囲		cm	耳 疾	有 () ・無
四 肢	正常・異常 ()		血 圧	～ mm Hg
視 力	右	()	尿 検 査	蛋白：－ 土 + 卅 卅 糖：－ 土 + 卅 卅 ウロビリノーゲン：正常・異常
	左	()		
胸 部 X 線 検 査	所 見 ()			
既 往 症	有 () ・無			
現在治療中の疾病	有 () ・無			
その他の所見	有 () ・無			
精密検査の要否	要 () ・否			

検査の結果は、上記のとおりです。

平成 年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

(印)

*お 願 い

- ・各欄の () の中には具体的に記入してください。
- ・精密検査の必要があると認める場合は、疾病、検査名等について指示願います。

身体検査を受ける場合の注意事項

身体検査を受ける場合は、次の事項に注意してください。

1. 身体検査書用紙を医療機関に持参し、同医療機関の指示に従い身体検査を受けること。
2. 身体検査書の氏名・住所・生年月日欄は、各自が正確に記入しておくこと。
3. 検査に要した経費は本人負担となるので、当該医療機関の指示に従い納付すること。