

独立行政法人国立病院機構 看護職員募集要項

令和7年度採用看護職員 統一採用試験のご案内

[第1回]

試験日 令和6年6月1日(土)

願書受付期間 令和6年4月22日(月)～5月16日(木)必着

[第2回]

試験日 令和6年7月6日(土)

願書受付期間 令和6年6月3日(月)～6月20日(木)必着

お問い合わせ

独立行政法人国立病院機構
北海道東北グループ
(看護職員採用担当)

〒983-0045 宮城県仙台市宮城野区宮城野2-8-8

TEL 022-291-0413 (平日9:00～17:00)

FAX 022-297-3915

Email 711-jinzai-hokutou@mail.hosp.go.jp

令和7年度(4月)採用看護職員 募集要項

～ 北海道東北グループ統一採用試験のご案内 ～

1. 募集職種

看護師・助産師

2. 試験日

[第1回]：令和6年6月 1日(土)

[第2回]：令和6年7月 6日(土)

※希望の日程を選択してください。

※第1回の採用試験で、いずれかの病院からの内定に対して承諾書を提出した方は、第2回の採用試験を受けることはできません。

※第2回の採用試験では、第1回と同じ病院を受けることはできません。

※試験の結果、採用予定数に満たない病院は、別途追加試験を実施する場合があります。希望する場合は、希望病院および当グループホームページにて随時ご確認ください。

3. 採用コース

【一般採用コース】

通常の採用コースです。勤務を希望する病院を選択してください。 (表1)

都道府県	病院名	採用試験日		募集職種	
		第1回	第2回	看護師	助産師 (若干名)
北海道	北海道がんセンター	○		○	
	北海道医療センター	○		○	
	函館病院	○	○	○	
	旭川医療センター	○	○	○	
	帯広病院	○	○	○	
青森県	弘前総合医療センター	○	○	○	○
	八戸病院	○	○	○	
	青森病院	○		○	
岩手県	盛岡医療センター	○		○	
	花巻病院	○		○	
	岩手病院	○	○	○	
	釜石病院	○	○	○	
宮城県	仙台医療センター	○	○	○	○
	仙台西多賀病院	○	○	○	
	宮城病院	○	○	○	
秋田県	あきた病院	○	○	○	
山形県	山形病院	○	○	○	
	米沢病院	○	○	○	
福島県	福島病院	○	○	○	
	いわき病院	○	○	○	

【慢性期－急性期看護職員採用コース】

北海道東北グループ内の慢性期及び急性期病院に勤務し、それぞれの看護技術・実践能力を習得することで自分の目指す看護を實踐できる職場を選択することを旨とした採用コースです。 (表2)

募集職種	概要	選択病院	応募資格
看護師	【1・2年目】 【慢性期病院勤務】 慢性期看護師として看護実践能力を身につける	・帯広病院 ・あきた病院 ・米沢病院	●令和7年3月に看護師資格取得見込みの方 ※以下の者を除く ・機構病院から奨学金の貸与を受けている方
	【3年目】※願書提出時選択 【急性期病院勤務】 急性期看護師として看護実践能力を身につける	・北海道がんセンター ・北海道医療センター ・弘前総合医療センター ・仙台医療センター	
	【4年目以降】	選択した2病院のどちらかで勤務	

4. 応募方法

1) 提出書類

(表3)

受験希望職種	令和7年3月資格取得見込みの方	資格を有する方
看護師	①願書(指定の用紙) ②成績証明書 ③卒業見込証明書	①願書(指定の用紙) ②看護師免許証(写)
助産師	上記内容書類一式①～③ ④看護師資格を有する方は、 看護師免許証(写)	上記内容書類一式①～② ③助産師免許証(写)

※願書は国立病院機構北海道東北グループのホームページからダウンロードしたのも使用できます。

(URL: https://hokuto.hosp.go.jp/recruit/nursingstaff/recruit/nurse_midwife/)

※1年課程の助産師養成所に在学中で、応募期間中に②成績証明書が発行されない場合や④看護師免許証の受け取りが間に合わない場合は、その旨を記載した用紙(任意様式)を同封してください。また、提出書類が整い次第速やかに提出してください。



2) 提出先

○一般採用コース 第1希望病院に提出

○慢性期－急性期看護職員採用コース 選択できる3病院から希望病院に提出

送付の際は、「看護職員採用試験応募書類在中」と朱書きし、「看護職員採用試験担当者」宛てに提出してください。

3) 願書受付期間

【第1回】令和6年4月22日(月)～5月16日(木)《必着》

【第2回】令和6年6月3日(月)～6月20日(木)《必着》

※受験票が採用試験日の2日前までにお手元に届かない場合は、願書提出先病院(第1希望病院)まで連絡をお願いいたします。

5. 試験会場

願書提出先病院

※WEB試験の実施の有無については、各願書提出先病院へお問い合わせください。

6. 採用試験内容

論文試験(800字程度の小論文)と面接試験

7. 試験結果の通知

各試験日から4週間前後でお手元に届くように発送いたします。

※大学または短期大学に在籍している方につきましては、採用内定通知書の代わりに試験結果通知書(内々定)を発送し、令和6年10月を目途に国立病院機構北海道東北グループから改めて内定通知書を送付いたします。

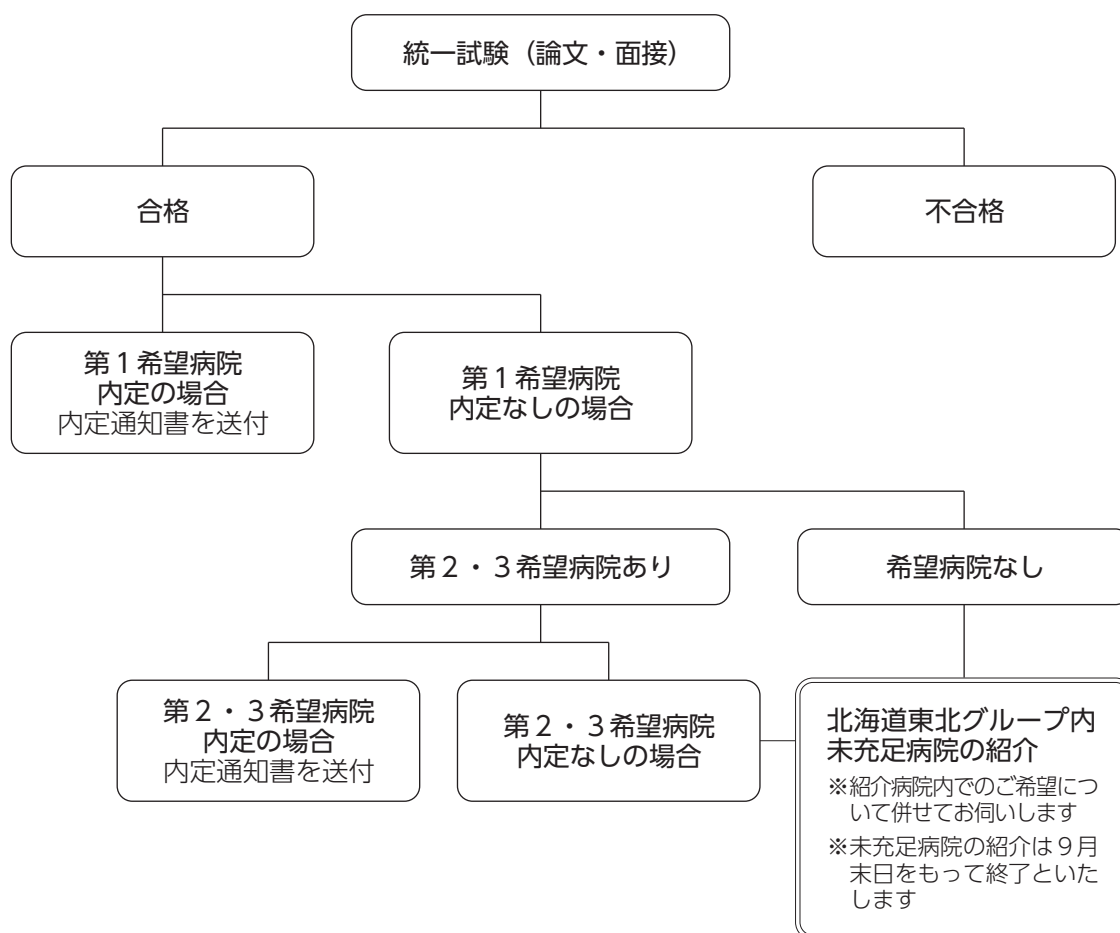
8. 勤務先

採用先は、願書へ記載された第1希望病院を優先します。第1希望病院で採用内定とならない場合は、第2・3希望等の病院で採用内定することがあります。

なお、国家試験不合格の場合は、採用内定が取り消しになります。

9. 採用試験の流れ

(図1)



【給与等について（令和5年度実績）】

※今後変更する可能性があります。

(1) 給与

独立行政法人国立病院機構職員給与規程により支給

職 種	初 任 給	給与総額（月額）の例
看護師（大学卒）	211,200 円	266,000 ～ 297,000 円
看護師（短大3卒）	202,200 円	256,000 ～ 287,000 円
看護師（短大2卒）	194,100 円	246,000 ～ 277,000 円
助産師	213,800 円	270,000 ～ 301,000 円

(2) 賞与

6月及び12月に、年間基本給等の4.2ヶ月分を支給

(3) 諸手当

夜間看護手当・夜勤手当：二交替夜勤1回当たり手当額 概ね 11,000円

三交替夜勤1回当たり手当額 概ね 5,000円

その他：住居手当、通勤手当、扶養手当、寒冷地手当、超過勤務手当（時間外勤務手当）、地域手当、救急呼出等待機手当、専門看護手当（専門看護師、認定看護師）、診療看護師手当、特殊業務手当などの各種手当を支給

(4) 昇給

毎年1回実施

(5) 勤務時間・休暇

勤務時間：4週155時間勤務（4週8休）週38時間45分勤務

勤務形態・夜勤帯は各病院、各病棟で異なります

休日：週休の他、国民の祝日、年末年始有 ※勤務した場合には祝日代休制度有

休暇：年次有給休暇、年間最大20日（繰越最大20日間）の他、リフレッシュ休暇、結婚休暇、産前・産後休暇、忌引き休暇、子の看護休暇などの制度あり

(6) 福利厚生

加入保険：厚生労働省第二共済組合、厚生年金、雇用保険、労災保険に加入

子育て支援：院内保育所を16病院が設置

育児休業や育児短時間休業制度など充実

宿 舎：病院により宿舎あり（詳細は各病院にお問い合わせ下さい）

受験願書記載要領

下記の事項に注意し「黒か青」色の油性のサインペンまたはボールペンにて記載してください。

◎楷書で記載しフリガナを記載してください

◎受験希望日にチェック☑してください

◎記入しないでください

◎アパート・マンション名まで全て明記してください
※必ず受け取れる住所を記載してください

◎受験票・試験結果の送付先が現住所と異なる方のみ記載してください

◎電話番号は、必ず常時連絡が取れる番号を記載してください
◎連絡が取れるEmailをご記入ください

◎進学予定の有無について、チェック☑し、
□有にチェック☑された方は、該当する進学先の職種や進学先にチェック☑してください

◎職歴のある方は勤務先名称・職種・主な所属科について記載してください

◎該当の資格、免許欄についてチェック☑してください
◎登録済みの方は登録年月日を記載してください
◎医療に関係のある資格等がある場合は記載してください

◎扶養家族と配偶者の有無について記載してください
【任意回答】

◎アラビア数字で記載してください
◎年齢は「願書提出時の年齢」を記載してください

◎受験する採用コースについて、一般採用コース、慢性期-急性期コースのどちらかに、チェック☑してください

◎一般採用コースにチェック☑した方は、希望職種（看護師または助産師）にチェック☑を入れてください。
◎北海道東北グループ管内20病院の中から希望病院を選択ください。第1病院以外での採用を希望されない場合は無記入でかまいません

◎慢性期-急性期採用コースは統一試験時のみ選択可能なコースです
◎1・2年目に希望する慢性期病院と3年目に希望する急性期病院にひとつずつチェック☑を入れてください

◎高等学校以上の学歴について、正式な学校名を記載してください
◎学部および学科も記載してください
◎修業年限の欄には、修業年限数を記載してください

受験希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 統一試験（1回目） 令和6年6月1日(土)			<input type="checkbox"/> 統一試験（2回目） 令和6年7月6日(土)	<input type="checkbox"/> 追加試験 月 日 () <small>※希望された日付を記入してください。</small>
願 書 <small>※病院で記載</small>	令和 6 年 4 月 30 日現在		写 真 (30mm×40mm) <small>写真撮影年月日と氏名を写真裏面に記入してください。/過去3ヶ月以内の写真を使用してください。</small>		
フリガナ	コクリツ キタコ		性別(任意)	女	
氏名	国立 北子				
生年月日	S⑩ 16年 1月 1日 生 (21) 歳				
現住所	〒000-0000 〇〇県△△市□□町 3-3-303		<small>※アパート・マンション等の名称も明記ください</small>		
受験票・試験結果の送付先	<small>※現住所と異なる方のみ明記ください</small>				
連絡先	電話番号 (000 - 0000 - 0000) 携帯番号 (000 - 0000 - 0000)		E-mail (kokukita@〇〇〇〇〇〇.〇〇.〇〇)		
<input checked="" type="checkbox"/> 一般採用コース <small>※追加試験時は、第1希望病院のみ記載してください</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師			
第1希望病院	第2希望病院	第3希望病院			
〇〇医療センター	〇〇病院				
慢性期希望病院 (1・2年目)		急性期希望病院 (3年目)			
<input type="checkbox"/> 慢性期-急性期コース(看護師) <small>※統一試験時のみ選択可能</small>	<input type="checkbox"/> 帯広病院 (北海道)	<input type="checkbox"/> 北海道がんセンター (北海道)			
<input type="checkbox"/> あきた病院 (秋田県)	<input type="checkbox"/> 北海道医療センター (北海道)				
<input type="checkbox"/> 米沢病院 (山形県)	<input type="checkbox"/> 弘前総合医療センター (青森県)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 仙台医療センター (宮城県)				
進学予定の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 大学編入
<input type="checkbox"/> その他 ()					
学 歴	学校名 (高等学校卒業から記入)	修業年限	入学年月～卒業年月 ※和暦	該当事項に○	
	〇〇県立第一高等学校	3	0年0月～0年0月	卒業	卒業見込
	〇〇看護大学看護学部	4	0年0月～0年0月	卒業	卒業見込
			年 月～年 月	卒業	卒業見込
			年 月～年 月	卒業	卒業見込
職 歴	在職期間 ※和暦	勤務先名称 (職種・主な所属科)			
	年 月～年 月	(.)			
	年 月～年 月	(.)			
	年 月～年 月	(.)			
	年 月～年 月	(.)			
資格免許関係	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師免許 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録) <input type="checkbox"/> 助産師免許 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録) <input type="checkbox"/> 准看護師免許 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)				
〔任意〕扶養親族(配偶者を除く) _____ 名 配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 配偶者の扶養義務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

独立行政法人国立病院機構 北海道東北グループ

◎裏ページの「志望動機」「看護師・助産師としての自身の目標」「自己PR」についても記載してください

個人情報の取り扱いについて

提出いただく個人情報については、国立病院機構内における看護職員採用試験に関すること及び合格後の採用事務に係る人事情報管理に関するものみに利用させていただきますのであらかじめご承知おきください。

また、個人情報については、北海道東北グループ及び北海道東北地区の各病院において万全の管理をいたします。

なお、提出いただいた個人情報に修正の必要が生じた場合には、北海道東北グループまたは各病院までお申し出ください。