

## 上北山村職員採用試験案内

下記のとおり上北山村職員を募集します。

### 1. 募集職種及び職務の概要

職種	採用人数	職務内容
保健師	1名	保健福祉課において、村民の病気予防、健康増進に関する業務に従事

### 2. 募集期間

随時募集

### 3. 試験日時

随時実施（申し込み受付後、郵送で実施日を通知します。）

### 4. 試験概要

試験科目	内容
面接試験	人物及び職務に関連する知識についての口述試験

### 5. 受験資格

次の要件を全て満たす必要があります。

○令和3年10月1日現在、年齢50歳未満（昭和45年10月2日以降生まれ）の人

○保健師免許を有する人

※次のいずれかに該当する人は、受験できません。

①日本国籍を有しない人

②禁固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

③上北山村職員として懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過しない人

④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

### 6. 受験手続

#### (1) 申込用紙

○ 直接窓口で受け取る場合

上北山村役場保健福祉課で配布します。

（ただし、土曜日・日曜日・祝日を除く。）

配布時間は、午前8時30分から午後5時15分まで。

○ 郵送で請求する場合

封筒の表に「採用試験申込書請求」と朱書き、120円切手を貼った、あて先明記の返信用封筒（角形2号、A4サイズが入る大きさ）を必ず同封して、上北山村役場保健福祉課あて請求してください。

○ インターネットで出力する場合

上北山村ホームページ（<http://www.vill.kamikitayama.nara.jp>）からダウンロードしてください

(2)提出書類

- ① 上北山村職員採用試験申込書（保健師）
- ② 保健師免許証の写し

(3)受付時間

○ 直接窓口へ持参（代理人可）の場合

上北山村役場保健福祉課で受付します。

受付時間は、午前8時30分から午後5時15分までです。（ただし、土曜日・日曜日・祝日の受付は行いません。）

○ 郵送の場合

必ず簡易書留郵便とし、封筒（角形2号、A4サイズが入る大きさ）の表に「採用試験申込書在中」と朱書きしてください。記載事項に不備がある時には受理できないので十分注意してください。

(4)申込先

〒639-3701 奈良県吉野郡上北山村大字河合381

7. 合格から採用まで

(1)採用年月日：随時（応相談）

(2)受験資格がないこと、申込書記載事項が正しくないこと等が判明した場合には、合格を取り消すことがあります。また、採用時の健康診断等で就業が難しいと判断された場合は採用されません。

8. 給与

初任給は学歴や経歴により決定します。

（例）看護系4大新卒 212,600円（令和3年4月1日現在）

諸手当は扶養手当、住居手当、通勤手当、期末・勤勉手当などがそれぞれの支給条件に応じて支給されます。

【問い合わせ先】

〒639-3701

奈良県吉野郡上北山村大字河合381番地

上北山村役場 保健福祉課

TEL 07468-3-0380

## 上北山村職員採用試験申込書（保健師）

ふりがな		性別	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p>写真張付</p> <p>無帽・正面向き 縦 4cm × 横 3cm 裏に氏名記入</p> </div>
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日（満 歳）		
現住所	ふりがな 〒  <div style="text-align: right;">TEL</div>		
連絡先 <small>（現住所以外に連絡を希望する場合に記載）</small>	ふりがな 〒  <div style="text-align: right;">TEL</div>		
学歴	在学期間	学 校 名	学部（科）等
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
職歴	在職期間	勤 務 先	
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
資格 免許等	取得年月	名 称	
	年 月		
	年 月		
	年 月		

【裏面に続く】

(志望動機)

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

上記のとおり、上北山村職員採用試験を受験したいので申し込みます。  
また、ここに記載した事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

(自筆で署名。押印不要)

**【※注意事項】**

1. 記入は、自筆でインキ又はボールペンを使用し、正確に記入してください。
2. 性別、生年月日の欄はいずれかに○印を記入してください。
3. 資格免許等欄には、保健師免許証交付年月を必ず記入してください。
4. 記入欄が不足する場合は、別紙を使用してください。