## 求 人 票

	ふりがな		あいちけんこうせいのうぎょうきょうどうくみあいれんごうかい とよたこうせいびょういん							
	病院名		愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院							
	ふりがな		タ州ボダエ辰木I加川旭日廷日云 豆田ダエ州帆 とよたじょうすいちょういぼばら500-1							
求	所 在 地		〒470-0396 豊田市浄水町伊保原500-1(名鉄豊田線 浄水駅 徒歩3分)							
冰	連絡先		TEL:0565-43-5000 FAX:0565-43-5100 メールアドレス:tk-gen@toyota.jaaikosei.or.jp							
人	病院長		服部 直樹 臨床工学室長 兵藤 好行 採用担当(総務課) 藤城 宏昭							
者			内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科、内分泌・代謝内科、腎臓内科、血液内科、							
	診療科目		アレルギー科、緩和ケア内科、精神科、小児科、放射線科、放射線治療科、放射線診断科、臨床検査科、 病理診断科、感染症内科、外科、消化器外科、乳腺外科、血管外科、小児外科、呼吸器外科、脳神経外科、 心臓外科、救急科、泌尿器科、眼科、耳鼻いんこう科、麻酔科、歯科口腔外科、整形外科、リウマチ科、 形成外科、皮膚科、産婦人科、リハビリテーション科、化学療法内科、ペインクリニック外来 40科							
	病 床 数		606床 (職員数は令和6年1月1日現在)							
求	職種		求人数		職務内容			正職員数   応募方法		
人	 臨床工学			N/	₩ ₽☆ I ー + \ I + ブ			208名	自由応募	
	技	<b>±</b>	1名		当院における 臨床工学技士の業務		R6.4正職員(見込 み)		応募対象者	
数	(.	正職員)					22名		新規学卒者	
	新採	初任給	大学卒	専門学校 (3年課程)	勤務	平日 8:30~17:0	00	賞与	夏季・冬季・年度末 (R4実績6.0ヶ月)	
勤					時間	(宿日直業務あり)		昇 給	年1回	
	用 者	本 俸	176,800 円	170,100 円		(1週 38時間20分 勤	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	交通費	全額支給	
務	給	調整手当	14,144 円	13,608 円				宿舎	無	
条	与	初 任 給 調整手当 処遇改善手当	25,000 円	25,000 円 6,000 円	休	土曜·日曜·祝日		社会保険 等	健保·年金·労災· 雇用·財形 有· 院内貯金 有	
件		計	221,944 円	214,708 円	日	12/30~1/3、8/	/15	15	(有)・無	
	諸 手 当 (該当者に支給)		通勤手当、超過勤務手当、 勤続手当、住居手当、子ども手当、 宿日直手当、精励手当 等		休暇	年次有給休暇・結婚休暇・ 出産休暇・育児休職・ 介護休職制度 有		福利厚生	職員旅行・ カラブ活動 等	
応	応募条件		令和7年度臨床工学技士免許取得見込者で、当院の病院研修を2日間受けられた方。 ○研修期間:令和6年4月8日(月)~5月15日(水)のうち2日間 ※土曜、日曜、祝日を除く 《申し込み方法》 ① 下記の連絡先へお電話いただき、実習・見学部署と日時の調整を行ってください。 〔[EL]0565-43-5000(病院代表) 担当:臨床工学室長 兵藤							
募	応募書類		①厚生連指定の履歴書・自己紹介書 ②卒業見込み証明書 ③成績証明書 ※①は、当院ホームページ職員募集コーナーからプリントアウト可能です。							
	締 切		<b>令和6年5月17日(金)まで</b> に応募書類を提出して下さい。(郵送可)							
選考	応募書類 送 付 先		〒470-0396 豊田市浄水町伊保原500-1 愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院 総務課長 藤城 宏昭 宛							
領	;	選 考	<ul> <li>○一次試験:面接・筆記試験(適性検査)</li> <li>日 時:令和6年5月22日(水) 9:00開始</li> <li>場 所:豊田厚生病院 講義室C</li> <li>持ち物:筆記用具</li> <li>○二次試験:面接試験(一次試験合格者のみ)</li> <li>日 時:令和6年6月3日(月)</li> <li>場 所:愛知県厚生連本部</li> <li>※二次試験の詳細については、一次試験合格者に書面にて通知いたします。</li> </ul>							
その他	実習・見学日時が決定しましたら下記アドレスへ必要事項をお送りください。 病院代表アドレス:tk-gen@toyota.jaaikosei.or.jp ・ 件名:「【 希望職種 】病院実習・見学日について」 ・ 実習・見学日時 ・ 氏名(フリガナ)、郵便番号・住所、学校名、連絡先(携帯番号)									
	()	(注意)二次試験は、JA愛知厚生連他病院と併願できません。								
	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1									