

千葉県千葉リハビリテーションセンター 平成30年度 薬剤師(新卒・中途) 募集要項

◎千葉リハビリテーションセンターは、昭和56年4月から、千葉県の全額出資により設立された社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団が約30年にわたり運営しています。平成18年4月からは、指定管理者として小児から高齢者に至るまで医療と福祉の両面から各種のリハビリテーションを提供しています。

当センターの薬剤師業務は、主に入院患者の調剤及び薬剤管理指導です。(外来院外処方発行率93%)
また、チーム医療の一員として褥倉、NST、ICTに関わっています。今年度は1名がNST 専門療法士取得予定です。今後は、より病棟薬剤業務に力を入れていく予定であり、多職種との連携が多いため協調性、調和性のある方の応募をお待ちしています。

- ① 募集予定人数 1名
- ② 採用予定日 平成30年4月1日
- ③ 選考日 平成30年2月20日(火)(応募締め切り 平成30年2月13日(火)まで)
- ④ 選考方法 作文試験・面接試験
- ⑤ 応募条件 平成30年度薬剤師資格取得見込者又は取得者
- ⑥ 給与・服务等

・給 与 ●初任給 236,050円(大学6年制卒)(平成30年4月予定)
*別途 住宅手当(賃貸の場合、上限27,000円)
扶養手当(配偶者13,000円、子6,500円)
通勤手当(原則全額支給)等あり

・賞 与 年2回(前年度支給実績 年間4.2ヵ月)

・昇 給 年1回(4月)

・退職金 あり(勤続1年以上から)

・勤務時間 週平均労働時間40時間

8:30~17:15(実働8時間)

・休日休暇 週休2日・祝日・年末年始休暇を含め年間休日122日(H28年度実績)、

*年次有給休暇20日、夏季休暇6日、結婚7日、出産(産前8週間・産後8週間)、育児休業、介護休業、
忌引、リフレッシュ休暇(勤続10年及び勤続20年2日、勤続30年3日)等あり

・加入保険等 健康保険、厚生年金、雇用、労災

・福利厚生 職場保育所、独身寮、世帯寮あり

・その他 修学部分休業制度、大学院通院制度等あり

- ⑦応募様式 採用試験の応募様式については <http://www.chiba-reha.jp/> にアクセスしていただき「採用情報ー薬剤師スタッフ募集情報」からダウンロードしてください。

お問い合わせ先 TEL 043-291-1831(担当 総務部 川島)

*見学及び業務内容については 薬剤部 大野

社会福祉法人 千葉県身体障害者福祉事業団
千葉県千葉リハビリテーションセンター
～誰もが、街で暮らすために～

センター長:吉永勝訓
所在地:〒266-0005

千葉市緑区誉田町1丁目45番2
TEL:043-291-1831 FAX:043-291-1857
URL: <http://www.chiba-reha.jp/>
病院概要:病床数 242床
開設日:昭和56年4月1日

薬剤師採用試験応募書類

下記の書類を平成30年2月13日(火)までに郵送(必着)または持参してください。

記

- 1 受験申込書 (1通)
- 2 自筆身元申告書 (1通)
(注) 訂正がある場合は、訂正箇所に訂正印を押印すること。
- 3 薬剤師養成学校卒業(見込)証明書 (1通)
- 4 薬剤師養成学校成績証明書 (1通)
- 5 薬剤師免許の写し(既卒者の方のみ) (1通)
- 6 写真〔最近撮影(6ヶ月以内)の上半身正面脱帽のもので、大きさは縦3.5 cm横2.5 cm程度のもの。自筆身元申告書貼付分を除く。〕 (2葉)

<問合せ・書類提出先>

社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団事務局

総務部総務室 川島

所在地 〒266-0005

千葉市緑区誉田町1-45-2

電話 043-291-1831 内線437

社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団受験申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人

千葉県身体障害者福祉事業団理事長 様

住 所

T E L

氏 名

印

私は、平成30年度社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団薬剤師採用選考審査に応募したいので、下記書類を添付のうえ申し込みます。

記

- 1 自筆身元申告書 (1通)
- (注) 訂正がある場合は、訂正箇所に訂正印を押印すること。
- 2 薬剤師養成学校卒業(見込)証明書 (1通)
- 3 薬剤師養成学校成績証明書 (1通)
- 4 薬剤師免許の写し (既卒者の方のみ) (1通)
- 5 写真〔最近撮影(6ヶ月以内)の上半身正面脱帽のもので、大きさは縦3.5cm横2.5cm程度のもので、自筆身元申告書貼付分を除く。〕 (2葉)

様式1

身元申告書

(平成 年 月 日現在)

写真のりつけ
縦 3.5cm 程度
横 2.5cm 程度
最近6か月
以内に撮影し
た上半身正面
脱帽のもの

ふりがな 氏名	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男・女
ふりがな 現住所	〒 (自宅・寮・その他) Tel	
ふりがな 連絡先	〒 (自家・勤務先・その他) Tel	現住所からの交通手段及び所要 時間 徒歩・自転車・オートバ イ・自家用車・電車・バス 計 時間 分
学 歴	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)

注意 1 高校から現在までの学歴を記入すること。

2 () 内には、転校、卒業、中退等の別及び学校の学年制を明記すること。

資 格 免 許	年 月		特 技	
	年 月		趣 味	
	年 月		得意科目	
	年 月		長 所	
志 望 理 由 等	【志望理由】			
	【希望勤務施設】			

* 資格免許欄には取得見込の資格免許についてもご記入ください。

最終学歴	年 月 / 卒業・卒見・修了
------	----------------

職歴の状況	勤務機関名 (所在地)	在 職 期 間	身分又は地位	従事した職務内容	退 職 理 由
		年 月から			
		年 月まで			
		年 月から			
		年 月まで			
		年 月から			
		年 月まで			
		年 月から			
		年 月まで			
		年 月から			
		年 月まで			

採用後の状況	1 職員住宅 入居希望	有 ・ 無
	2 職場保育所 託児希望	有 ・ 無
	3 勤務地による転居	可 ・ 不可
	4 自家用車による通勤	可 ・ 不可
	5 採用後の住所	未定 ・ ()
	6 採用後の住所からの交通手段及び所要時間 (5未定の場合は未記入)	徒歩・自転車・オートバイ・自家用車・電車・バス 計 時間 分
	7 千葉リハビリテーションセンターまでの通勤方法 所要時間	時間 分 (5未定の場合は未記入)

この申告書に記載した事項は、事実と相違ないことを誓約します。

平成 年 月 日

住所
氏名

印