神戸大学医学部附属病院歯科衛生士募集要項

職　　種	歯科衛生士（特定有期雇用職員）
募集人員	１名
応募資格	心身共に健康で歯科衛生士の資格を有する者又は取得見込みの者 （２０２４年３月卒業予定の者を含みます。 但し、国家試験に不合格の場合は、採用取り消しとなります。）
勤務場所	神戸大学医学部附属病院医療技術部リハビリ・歯科部門
勤務時間	週４０時間 月～金　８：３０～１７：１５（休憩４５分）
給　　与	当月１７日に支給 （例）歯科衛生士経験３年未満の場合 本　　俸　　１６８，２００円～ 地域手当　　２０，１８４円～　　計１８８，３８４円～ ※経過年数により決定します。 （規程の改定により変更になる可能性があります。）
手　　当	（１）通勤手当　最高５５，０００円（交通機関等利用者） （２）住居手当　最高２８，０００円（家賃支払者） （３）期末・勤勉手当（ボーナス）（本学規定により支給） （４）超過勤務（残業）手当 （５）扶養手当 扶養親族（他に生計の途がなく主として職員の扶養を受けている者）のある者に支給 ※各種手当の金額・支給対象者は規程の改定により変更される場合があります。
休　　暇	年次有給休暇　年間２０日 （年の途中の採用の場合は在職期間に応じて付与） その他ワークライフバランス休暇（３日）、結婚休暇、産前・産後休暇、病気休暇、介護休業、育児休業、育児短時間勤務等があります。
加入保険	文部科学省共済組合(健康保険)、厚生年金保険、雇用保険、労災保険
採用予定日	令和６年４月１日
雇用期間	令和６年４月１日～令和７年３月３１日 ※　勤務実績等により採用日から最長で３年まで更新可能
応募書類	自筆履歴書（写真貼付） 歯科衛生士免許（写） ※免許取得見込者は成績証明書及び卒業見込証明書
応募期間	令和５年１０月３１日（火）　※採用者が決定次第、受付を終了します
選考方法	（１）第一次選考：書類審査 （２）第二次選考：筆記試験（小論文）・面接試験 時間・場所等については第一次選考の合格者に後日通知

病院見学（希望者のみ）	１０月２３日（月）１３：３０に病院見学を予定しております。 見学希望の方は、10/16（月）までに以下のメールアドレスへご連絡ください。 総務課人事係：soujina@med.kobe-u.ac.jp ・件名を「病院見学希望（歯科口腔外科）」としてください。 ・本文に「学校名」と「氏名」をご記載ください。 見学希望者は１０月２３日（月）１３：３０に外来診療棟２FのB２０「歯科口腔外科」へお越しください。（別添地図参照） ※見学希望者は、健康チェックシートを印刷し、見学希望日より７日前の１０月１６日から健康チェックシートに記入の上当日持参ください。
結　果　通　知	２週間以内に本人あて通知予定
問 い 合 せ 先	総務課人事係　　TEL０７８－３８２－５０２５（担当　志鷹） 歯科口腔外科外来医長　TEL０７８－３８２－６２１４（担当　村木）
書 類 提 出 先	〒650－0017　神戸市中央区楠町７－５－１ 神戸大学医学部総務課人事係 ※封筒に「歯科衛生士（特定有期雇用職員）応募書類在中」と朱書きし，送付願います。なお，提出された応募書類は返却しませんので，予めご了承ください。

当院就職までに免疫の獲得を強く推奨している感染性疾患についてのお知らせ

当院に採用が決定しましたら，詳細な説明書をお送りしますが，当院では，就職までに下記の 5 疾患につきまして，ワクチン接種等により免疫を獲得していただくことを原則としております。

・麻疹　・風疹　・流行性耳下腺炎　・水痘　・B 型肝炎

なお，接種費用については，自己負担になります。この件について先に詳細をお尋ねになりたい場合，当院総務課福利厚生係（078-382-5111，内線 5054）にお電話でお問い合わせください。

2階フロアマップ

2022.4.1

健康管理票

見学の７日前から見学日について、健康状態を記載してください。

所属

氏名

当てはまる項目があればチェックを記入してください。

☐　同居家族・同居人、普段から行動を共にする者に新型コロナウイルス感染症の疑い症状がある。
☐　見学実施前7日間に海外から帰国した。
☐　新型コロナウイルス感染者と接触したこと又はその疑いがある。

	日付	時間	体温	咳	呼吸苦	鼻汁・鼻閉	咽頭痛	嗅覚･味覚異常	倦怠感	その他症状
７日前	月　日	時　分	℃							
６日前	月　日	時　分	℃							
５日前	月　日	時　分	℃							
４日前	月　日	時　分	℃							
３日前	月　日	時　分	℃							
２日前	月　日	時　分	℃							
１日前	月　日	時　分	℃							
１日目	月　日	時　分	℃							

健康管理票

見学の７日前から見学日について、健康状態を記載してください。

所属　　**〇〇大学　歯学部**

氏名　　**神戸　太郎**

当てはまる項目があればチェックを記入してください。

☐　同居家族・同居人、普段から行動を共にする者に新型コロナウイルス感染症の疑い症状がある。

☐　見学実施前7日間に海外から帰国した。

☐　新型コロナウイルス感染者と接触したこと又はその疑いがある。

	日付	時間	体温	咳	呼吸苦	鼻汁・鼻閉	咽頭痛	嗅覚･味覚異常	倦怠感	その他症状
７日前	5月　8日	8時20分	36.0℃	－	－	－	－	－	－	－
６日前	5月　9日	9時20分	36.3℃	－	－	－	－	－	－	－
５日前	5月　10日	10時10分	36.7℃	－	－	－	－	－	－	－
４日前	5月　11日	8時20分	36.4℃	－	－	－	－	－	－	－
３日前	5月　12日	7時30分	36.3℃	－	－	－	－	－	－	－
２日前	5月　13日	6時20分	36.4℃	－	－	－	－	－	－	－
１日前	5月　14日	5時40分	36.7℃	－	－	－	－	－	－	－
１日目	5月　15日	6時10分	36.5℃	－	－	－	－	－	－	－