

独立行政法人国立病院機構 北海道東北グループ 看護職員募集要項

令和8年度採用看護職員 追加試験のご案内

試 験 日

令和7年7月12日(土)

願書受付期間

令和7年6月9日(月)～
令和7年6月27日(金)必着

お問い合わせ

独立行政法人国立病院機構
北海道医療センター
(管理課 職員係長)

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

国立病院機構北海道医療センター

TEL：011-611-8111（平日9：00～17：00）

Email：101-syokuinkakaricho@mail.hosp.go.jp

1. 募集職種

看護師

2. 試験日

令和7年7月12日(土)

3. 募集期間

令和7年6月9日(月)～令和7年6月27日(金) 必着

4. 応募資格

- ① 看護師の資格を有する方
- ② 令和8年3月末までに看護師の資格取得見込みの方

5. 応募方法

表1の提出書類をご用意の上、北海道医療センター管理課にご提出ください。

(表1)

受験希望職種	令和8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)

※ 応募期間中にすべての提出書類が用意できない場合は、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、準備ができた時点で速やかに提出してください。

※ 提出書類を送付する際は、「看護職員採用試験応募書類在中」と朱書きし、宛名は「〇〇(病院名)看護職員採用試験担当者」としてください。

6. 試験会場

北海道医療センターでの試験となります。

※ 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、担当者まで連絡をお願いします。

※ WEB試験の実施有無については、担当者へお問い合わせください。

7. 試験内容

論文試験（800字程度の小論文）と面接試験

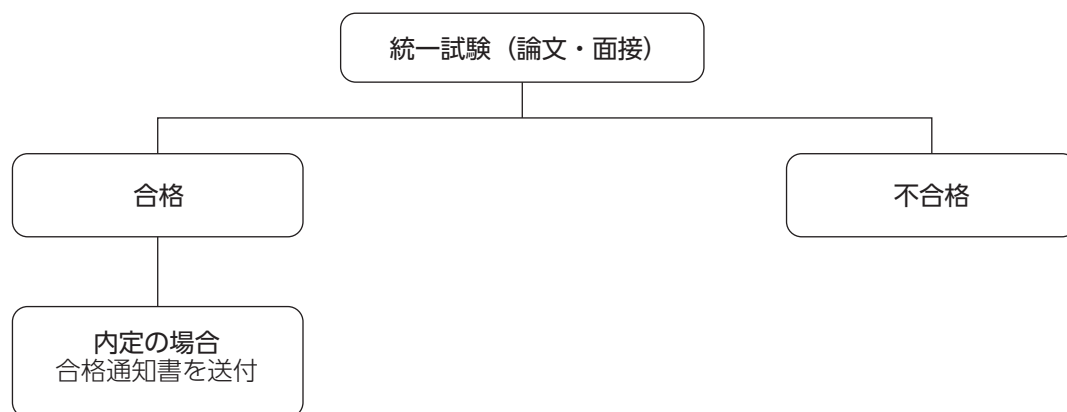
8. 試験結果の通知

採用試験実施後、1か月以内に合格通知書を発送します。

9. 勤務先

北海道医療センター

10. 採用試験のフロー



【給与等について（令和6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）	225,800 円	284,600～315,600 円
看護師（短大3卒）	218,800 円	276,900～307,900 円
看護師（短大2卒）	211,000 円	267,400～298,400 円
助産師	226,800 円	286,800～317,800 円

(2) 賞与

6月及び12月に、年間基本給等の4.2か月分を支給

(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（リフレッシュ休暇を含む）年間最大20日（繰越最大20日間）の他、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：院内保育所あり、病児・病後児保育室あり

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

(7) その他

勤務時間・休暇・子育て支援に関する詳細は、小冊子「けっこういいぞ！NHIO」をご参照ください。

試験日	<input type="checkbox"/> 追加試験 令和7年7月12日（土）	
-----	--	--

受験番号	※病院で記載
------	--------

願 書

写 真
(30mm × 40mm)
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。)

フリガナ		性 別	※任意
氏 名			
生年月日	S・H 年 月 日 生 () 歳		
現 住 所	〒 (-) ※アパート・マンション等の名称も明記ください		
受験票・試験 結果の送付先	〒 (-) ※現住所と異なる方のみ明記ください		
連 絡 先	電話番号 (- -) 携帯番号 (- -) Email ()		

希 望 職 種	<input type="checkbox"/> 看護師		<input type="checkbox"/> 助産師
希 望 病 院 ※追加試験の場合は、 第1希望病院のみ記載	第1希望病院	第2希望病院	第3希望病院
進学予定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input 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○
			年 月 ～ 年 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
			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	(.)		
(医療・資格・福祉関係)	◎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)	
	◎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)	
	◎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"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)	
	◎	<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 type="checkbox"/> 無 配偶者の扶養義務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

志望動機

看護師・助産師としての自身の目標

自己PR

病院記入欄

◎願書記載要領

下記の事項に注意し、黒色の油性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

◎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

◎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

◎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
◎登録済みの場合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】

◎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

試験日		<input checked="" type="checkbox"/> 統一試験 令和 7 年 6 月 7 日 (土)		<input type="checkbox"/> 追加試験 月 日 ()	
※指定された日時を記入してください					
受験番号		願 書		写 真	
フリガナ		コ ク リ ツ キ タ コ		(30 mm × 40 mm) 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。)	
氏 名		国 立 北 子		性 別	
				女	
生年月日		S ⑩ 17 年 1 月 1 日		生 (21) 歳	
現 住 所		〒 (000 - 0000) 〇〇県△△市□□町 3-3-303			
受験票・試験結果の送付先		〒 (-)			
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)			
希 望 職 種		<input checked="" type="checkbox"/> 看護師		<input type="checkbox"/> 助産師	
希 望 病 院		第 1 希望病院		第 2 希望病院	
		〇〇医療センター		〇〇病院	
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
	〇〇県立第一高等学校		3	0 年 0 月	0 年 0 月
職 歴	〇〇看護大学看護学部		4	0 年 0 月	0 年 0 月
				年 月	年 月
在職期間 ※和暦	年 月		年 月		
	年 月		年 月		
	年 月		年 月		
	年 月		年 月		
勤務先名称 (職種・主な所属科)	(.)				
	(.)				
	(.)				
	(.)				
資格・免許欄	◎看護師免許	<input checked="" type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)		
	◎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)		
	◎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"/> 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

◎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ことのみに利用させていただきますので予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。