

求人番号

01150-748541

事業所番号

0115-100367-9

受付年月日 令和6年5月1日

紹介期限日 令和6年7月31日

求人票（フルタイム）

公開範囲

事業所名等を含む求人情報を公開する

識別欄

Z54

オンライン自主応募不可

地方自治体のみ可

就業地住所

北海道名寄市

職業分類

023-01

産業分類

831 病院

1 求人事業所

事業所名

イリョウホウジンシャダンサンアイカイ ナヨロサンアイビヨウイン
医療法人社団 三愛会 名寄三愛病院

所在地

〒096-0031
北海道名寄市西1条北5丁目

ホームページ

2 仕事内容

職種

准看護師

仕事内容

●病棟（状況により外来もしくは透析室）にて、医師の指示のもと、診療の補助業務、処置など看護業務に従事していただきます。
＊夜勤は月4～5回（最低2回）あります。
＊早出・遅出勤務あります。（月2回～3回）
早出… 7：15～15：45
遅出… 10：30～19：00
【変更範囲：変更なし】

雇用形態

正社員
正社員以外の名称

正社員登用
正社員登用の実績（過去3年間）

派遣・請負等

就業形態 派遣・請負ではない
労働者派遣事業の許可番号

雇用期間

雇用期間の定めなし
契約更新の条件

就業場所

〒096-0031
北海道名寄市西1条北5丁目
医療法人社団 三愛会 名寄三愛病院
受動喫煙対策 あり（屋内禁煙）

マイ通勤

可
駐車場 あり

転可勤能の性

あり 転勤範囲
ボスウール士別 小規模老健ボスウール

年齢

年齢制限 あり（18歳～64歳）
年齢制限該当事由 法令の規定により年齢制限がある
労働基準法による18歳未満の深夜就業の禁止 定年制による

学歴

不問

必要経験等

必要な経験・知識・技能等 不問

必要スキル

必要な免許・資格

准看護師 必須

試用期間

試用期間あり 期間 3ヶ月
試用期間中の労働条件 異なる 条件の内容
期間中の給与は20日締め25日支払い

3 賃金・手当 (1/2)

月額(a+b)

179,210円～276,250円

※（固定残業代がある場合はa+b+c）

基本給(月額平均)又は時間額

159,210円～256,250円

月平均労働日数(20.0日)

資格手当

20,000円～20,000円

手当 円～円

手当 円～円

手当 円～円

なし(円～円)

固定残業代に関する特記事項

夜勤手当

12,000円/回(深夜割増分を含む)

燃料手当

住宅手当

月給

円～円

その他内容

通手勤当

実費支給(上限なし)

賃締切金日

固定(月末)

賃支払金日

固定(月末以外) 当月 25日

昇給

あり(前年度実績 あり)
金額 1月あたり 460円～1,860円(前年度実績)

賞与

あり(前年度実績 あり) 年2回(前年度実績)
賞与月数 計 4.50ヶ月分(前年度実績)

事業所名	医療法人社団 三愛会 名寄三愛病院
------	-------------------

求人票（フルタイム）

求人番号

01150- 748541

事業所番号

0115-100367-9 （2 / 2）

4 労働時間

就業時間	変形労働時間制（1ヶ月単位） （1） 08時 45分 ～ 17時 15分 （2） 10時 30分 ～ 19時 00分 （3） 07時 15分 ～ 15時 45分 又は ～ の間の 時間		
	就業時間に関する特記事項 夜勤17時から9時15分（休憩120分）		
時間外労働時間	時間外労働あり 月平均 1時間 36協定における特別条項 なし 特別な事情・期間等		
休憩時間	60分	年間休日数	124日
休日等	その他 週休二日制 毎 週 シフトによる4週8休、年末・年始、8／5、8／15 土日祝日に勤務した場合は振替あり 6ヶ月経過後の年次有給休暇日数 10 日		

6 会社の情報

企業情報	従業員数 250人 就業場所 106人 （うち女性 80人） （うちパート 9人）	設立年 昭和23年 資本金 労働組合 なし
	事業内容 内科病院	
会社の特長	高齢化社会に向け、医療・看護・介護について、より充実した努力をしております。	
役職／代表者名	理事長 山岸 眞理	法人番号 6450005002404
就業規則	フルタイム あり パートタイム あり	
職務給制度 あり 復職制度 あり		
育児休業取得実績	あり	介護休業取得実績 あり 看護休暇取得実績 あり
外国人雇用実績		

求人に関する特記事項
●給与は経験年数等により決定します。
●ブランクのある方もぜひご応募ください。
*通勤手当は名寄市外在住の方を対象 規定により支給します。
例) 土別・美深 13,300円
下川 8,000円
風連町 5,000円
*応募希望の方はハローワークより「紹介状」の交付を受け、事前に紹介状・履歴書・職務経歴書・免許（写）を事業所宛に提出（郵送可）して下さい。
書類選考通過者には、後日、面接日時を本人に連絡いたします。

7 選考等

採用人数	2人 募集理由 欠員補充		
選考方法	書類選考	面接（予定 1回）	筆記試験 その他
結果通知	即決	書類選考結果通知 書類到着後 7日以内	面接選考結果通知 面接後 7日以内 その他
通知方法	求職者マイページに連絡 郵送 電話 Eメール その他		
日時	随時		
選考場所	〒096-0031 北海道名寄市西1条北5丁目 医療法人社団 三愛会 名寄三愛病院		
応募書類等	ハローワーク紹介状 履歴書（写真貼付） 職務経歴書 資格カード その他 免許（写）		
	送付方法 Eメール 郵送 求職者マイページ 求人の特記事項参照		
	郵送の送付場所 〒096-0031 北海道名寄市西1条北5丁目 医療法人社団 三愛会 名寄三愛病院		
	応募書類の返戻 選考後は返却		
選考に関する特記事項			
担当者	事務部長 オクハラ 奥原 電話番号 01654-3-3911 内線（ ） FAX 01654-2-1555 Eメール		