

提出書類について

【 提出〆切：令和8年5月22日（金） 提出先：病院事業局総務課 】

以下のうち、2～5の書類は、電子申請により提出してください（申請手順は別紙参照）。なお、住民票や卒業証明書等の原本は、電子申請ではなく郵送または持参により提出してください。

1 住民票抄本（本籍地の入ったもので、マイナンバーの記載がないもの）

※下記5の戸籍抄本を提出する場合は、不要です。

2 履歴書

- ・記入例を参考に、学歴・職歴等を漏れなく入力してください。初任給を決定するために必要ですので、正確に入力してください。
- ・連絡先(電話番号)は、連絡のつきやすい番号を記入してください。
- ・顔写真の画像を添付してください。同写真は、採用後に交付する身分証明書にも使用します。※縦横比4：3程度の画像で、3月以内に撮影したもの
- ・顔写真の画像ファイル名は、受験番号+名前にしてください。（例：A9999 沖縄花子）

3 高校以降の卒業証書の写しまたは卒業証明書（卒業証明書は電子申請不可）

- ・高等学校、専修・専門学校、短期大学、大学、大学院など卒業した学校すべて。
- ・卒業証明書を提出する場合は、証明日が3ヶ月以内のもの、かつ原本を郵送または持参により提出してください。
- ・卒業証書の写しは、A4サイズで画像ファイル名を受験番号+名前にしてください。（例：A9999 沖縄花子）
- ・上記のうち中途退学した学校については、在籍期間に係る在学証明書及び単位取得の確認できる書類（成績証明書等）を郵送または持参により提出してください。
- ・卒業見込みの場合は、卒業後速やかに提出してください。
- ・添付できるものがない場合は、顔写真を添付してください。

4 資格証明書（免許証）の写し（運転免許証は不要）

- ・准看護師、保健師、助産師免許証など取得済の免許がある場合はすべて提出してください。
- ・免許証等の写しは、A4サイズで画像ファイル名を受験番号+名前にしてください。（例：A9999 沖縄花子）
- ・採用試験の際に免許証を提出済であっても、再度提出してください。
- ・免許取得見込等で添付できるものがない場合は顔写真を添付し、資格取得後速やかに提出してください。

5 戸籍抄本（該当者のみ提出）

- ・各種証明書(卒業証書、免許証等)の氏名が婚姻等により現在と異なる場合に、原本を郵送または持参により提出してください。

6 障害者手帳記載情報利用の同意書及び障害者手帳等の写し（該当者のみ提出）

- ・別添「障害者手帳等をお持ちの方へ」を御確認の上、該当する方はご協力お願いします。

上記に関する連絡先

病院名	住所	Tel	E-Mail
病院事業局 総務課	〒900-0029 那覇市旭町 116 番 37 号 南部合同庁舎9階	098- 866-2832	byouin-saiyou@pref.okinawa.lg.jp

(裏面も御覧ください)

【提出〆切：令和9年3月23日（火） 提出先：配属先の各県立病院総務課】

- ・ 入職前3カ月以内の健康状況等を確認したいため、年明け以降の受診をお願いします。
- ・ 令和9年4月1日より前に採用される方は、入職の日までに提出してください。

7 雇入時健康診断問診票

- ・ 着任に当たり職場において配慮すべき健康状況がないかを確認するためのものです。得られた健康情報によって内定が取り消されることはありません。

8 健康状態調査票

- ・ 就業中の感染予防対策のため、着任前にワクチン接種状況を確認するものです。
- ・ 各ワクチン接種ごとに期間をあける必要があります、数週間かかることも予想されますので計画的に接種してください。入職までに提出が間に合わない見込みのときは、配属先の総務課まで御連絡ください。

【参考①】今後のスケジュールについて

配属先は、令和9年2月中旬頃に LINE により連絡を行う予定です。（地域異動職員については、希望した地域内の配属となります。）

その際、宮古病院または八重山病院に配属となった方は、住居の確保を早めに行うよう御留意ください。近年、宮古島市及び石垣市においては住宅需給が逼迫しており、同地へ赴任する職員がアパート等の確保に苦慮している状況にあります。

なお、職員住宅の空き状況等については、各病院総務課にお問い合わせいただくこととなりますが、職員住宅は戸数に限りがあるため、民間アパート等を自ら借りることも想定いただくようお願い致します。

年度途中の採用については、上記を待たずに連絡しますので、その場合は病院事業局からの着信（098-866-2832）に御対応ください。

【参考②】赴任旅費について

沖縄県立病院への赴任に伴い、居住地が変わる場合、赴任旅費を請求することができます。必要書類については、別添「赴任旅費請求に伴う添付書類について」を御覧ください。

沖縄県病院事業局 県立病院等連絡先

病院名	住所	Tel	Fax	E-mail
北部病院	〒905-8512 名護市大中 2-12-3	0980- 52-2719	0980- 54-2298	xx036030@pref.okinawa.lg.jp
中部病院	〒904-2293 うるま市字宮里 281	098- 973-4111	098- 973-2703	xx031112@pref.okinawa.lg.jp
南部医療センター・ こども医療センター	〒901-1193 南風原 町字新川 118-1	098- 888-0123	098- 888-6400	xx036072@pref.okinawa.lg.jp
精和病院	〒901-1105 南風原町字新川 260	098- 889-1390	098- 889-8385	xx036064@pref.okinawa.lg.jp
宮古病院	〒906-0013 宮古島 市平良下里 427-1	0980- 72-3151	0980- 74-3105	xx036048@pref.okinawa.lg.jp
八重山病院	〒907-0002 石垣市真栄里 584-1	0980- 87-5557	0980- 87-5835	xx036056@pref.okinawa.lg.jp

(別紙)

電子申請について

1 提出書類のうち、以下について電子申請ができます。

- (1) 履歴書
- (2) 職務経歴報告書（職歴がある方のみ）
- (3) 高校以降の卒業証書の写し（卒業証明書は不可）
- (4) 資格証明書（免許証）の写し（運転免許証は不要）

2 電子申請サイトのURLは、現在準備中のため、後日LINEでお知らせします。

※電子申請を行うには、利用者登録が必要です。利用者登録を行った後にログインしてください（電子申請画面から利用者登録画面にアクセスできます）。

3 電子申請に当たっては、次の画像ファイルをご準備ください。

- (1) 顔写真（縦横比4：3程度の画像）※3月以内に撮影したもの
- (2) 高校以降の卒業証書の写し（A4サイズ）
- (3) 資格証明書（免許証）の写し（A4サイズ）

※添付可能ファイル形式：jpg, jpeg, png, gif

4 留意事項

- ・履歴書は、同封の記入例を参考にしてください。
- ・免許取得見込み等で添付できるものが無い場合は、顔写真を添付してください。
- ・画像が不鮮明など、不備がある場合は再提出を求めることがあります。
- ・LINEでの提出はできません。

問い合わせ先（平日9:00-17:00）

- ・提出書類の内容に関すること

病院事業局総務課人事班：公式LINE

TEL 098-866-2832

メールアドレス byouin-saiyou@pref.okinawa.lg.jp

- ・電子申請システムの操作方法に関すること

コールセンター：TEL 0120-464-119（フリーダイヤル）

※スマートフォン・携帯電話から：TEL 0570-041-001（有料）

履 歴 書

記載例

受験番号	職種	婚姻等により氏名が変わった方のみ記載。 確認書類として戸籍抄本(写)を提出してください。		記入日：令和 △ 年 △ 月 △ 日
ふりがな	おきなわ いずみ	記入日		記入日を記載。
氏名	沖縄 いずみ	男・女	昭和・平成	3年 5月 15日
旧氏名	琉球 いずみ	連絡先	TEL	090 - XXXX - XXXX
			E-Mail	natu@pinku.okinawa.jp
住所	〒 900 - 0021 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号 ○○アパート401号		写真の裏に氏名を記入	

貼付位置
たて よこ
4 cm × 3 cm

大学中退の場合、在籍証明書及び単位取得の確認のできる書類(成績証明書等)を添付してください。

学 歴	学校名 (中学校から順次記入)	学部・学科	制度 (年制)	昼・夜 ・通信	上 段		下 段		卒業年月	年月	卒業	備考
					年	月	年	月				
	那覇市立○○中学校		3		(S・H・R)	16年 4月			年 月	卒	転校、	
					(S・H・R)	19年 3月			3	学	学年休学中	
	沖縄県立○○高等学校	普通科	3	昼間	(S・H・R)	19年 4月			年 月	卒	修、転校、	
					(S・H・R)	22年 3月			3	学	退、学年休学中	
	学校法人□□ □□短期大学	教育学科	2	昼間	(S・H・R)	22年 4月			年 月	卒、	見、修、転校、	
					(S・H・R)	23年 2月			0 11	1学年中退	学年休学中	
	△△医師会 △△看護専門学校	准看護学科	2	昼間	(S・H・R)	23年 4月			年 月	卒	卒見、修、転校、	
					(S・H・R)	25年 3月			2	学年中退、	学年休学中	
	○○県立 ○○看護学校	看護第二学科	3	夜間	(S・H・R)	4年 4月			年 月	卒、卒見	修、転校、	
					(S・H・R)	7年 3月			3	学年中退、	学年休学中	
					(S・H・R)	年 月					卒見、修、転校、	

入学・卒業年月は、卒業証書等から日付を確認して記載。
高校以降の卒業証書(又は卒業証明書)を提出してください。

職 歴 ・ 賞 等	履歴事項(会社名)等		上 段	下 段
	年	月	年	月
	職歴の記入例は別添「職歴内容報告書」参照		(S・H・R)	年 月 日
			(S・H・R)	年 月 日
			(S・H・R)	年 月 日
			(S・H・R)	年 月 日
	実際の入力画面とは異なりますが、項目は同じです			
			(S・H・R)	年 月 日
			(S・H・R)	年 月 日
			(S・H・R)	年 月 日
			(S・H・R)	年 月 日
			(S・H・R)	年 月 日

- 学歴欄及び職歴・賞等欄の記入上の注意事項
- 1 学歴は中退であっても記入すること。
 - 2 学歴の制度(年制)は、月単位の期間であれば月数まで記入すること。(例：1年6月)
 - 3 職歴については、別添様式「職歴内容報告書」に記載してください。

記載例

免許・資格等	免許・資格の名称（取得見込を含む）				取得(予定)年月		取扱官庁（団体）名			
	看護師免許				(S・H・R) 7年 4月		厚生労働省			
					取得、取得見込み					
	准看護師免許				(S・H・R) 30年 3月		〇〇県知事			
					取得、取得見込み					
	<p>免許・資格が複数あるときは、採用される職の免許(看護師なら「看護師免許」)を一番最初に記載してください。 准看護師・保健師・助産師免許証など取得済の免許証がある場合は、すべて提出してください。(運転免許証を除く)</p>									
				(S・H・R) 年 月						
				取得、取得見込み						
				(S・H・R) 年 月						
				取得、取得見込み						
				(S・H・R) 年 月						
				取得、取得見込み						
家族状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業 勤務先等	住所	同居別	扶養別	健康 状況	
	沖縄 清	夫	S62. 9. 30	36	会社員 R株式会社	那覇市泉崎1-2-2 〇〇アパート401号	同 別	扶 別	普通	
	沖縄 咲	子	H26. 5. 1	10	小学生	那覇市泉崎1-2-2 〇〇アパート401号	同 別	扶 別	普通	
	琉球 元	父	S39. 7. 10	60	自営業	うるま市字宮里●●●	同 別	扶 別	普通	
	琉球 舞	母	S41. 5. 1	58	看護師 中部病院	うるま市字宮里●●●	同 別	扶 別	普通	
	琉球 健	叔父	S45. 2. 19	54	県職員 南部保健所	島尻郡南風原町字新川〇〇〇	同 別	扶 別	普通	
							同 別	扶 別		
							同 別	扶 別		
							同 別	扶 別		
<p>家族状況欄の記入上の注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 配偶者及び2親等内の親族の状況について記入すること。 同居別及び扶養別の欄は、本人との関係を記入すること。 3親等内の親族が県庁や県立病院に勤務している場合は、その者についても記載すること。 <p>※職業を「県職員」と記載し、勤務先に所属部署（県立病院の場合は病院名）を記載ください。親族と同じ部署への配属を避けるために記載してもらいます。</p>										
本人不在時の 連絡先	氏名(ふりがな) 琉球 元(はじめ)	続柄 父	住所 うるま市字宮里●●●			電話 090 - XXXX - XXXX				

(注) 1 虚偽の記載があることが判明したときは、採用を取り消すことがあります。
2 欄が不足するときは、適当な紙をつぎたして記入すること。

記載例

その他確認事項

1. 最初の勤務地について希望があれば教えてください。（地域異動職員は回答不要）

第一希望	沖縄本島北部	沖縄本島中部	沖縄本島南部	宮古圏域	八重山圏域	希望なし
第二希望	沖縄本島北部	沖縄本島中部	沖縄本島南部	宮古圏域	八重山圏域	希望なし
第三希望	沖縄本島北部	沖縄本島中部	沖縄本島南部	宮古圏域	八重山圏域	希望なし

2. 離島を含む遠隔地への配置について、どのようにお考えでしょうか。（地域異動職員は回答不要）
 ※遠隔地とは、本島北部・宮古・八重山地区を指します。

- ① 各遠隔地での勤務可能 ② 離島での勤務は不可、北部での勤務は可能（理由必須）
 ③ 離島での勤務は可能、北部での勤務は不可（理由必須） ④ 各遠隔地での勤務は不可（理由必須）

(②～④の理由)
 ○○のため、○○での勤務は難しい

②～④を選択した方は、必ず理由を記載してください

3. 前倒し採用(今年の10月1日以降採用※)を希望されますか。※採用日は調整できます
 ※採用は基本的に来年4月1日を予定していますが、各病院の状況に応じてそれより前に採用を行うことがあります。

1. 希望する ② 話があれば検討する 3. 希望しない

4. ご自身や家族の健康面、その他特別な事情等、今後働く上で配慮が必要となることがあれば教えてください。

5. その他（自由記載欄）

履 歴 書

記入日：令和 年 月 日

<small>受験番号</small>		<small>職種</small>						
ふりがな				性別	生年月日			写真貼付位置 たて よこ 4 cm × 3 cm 写真の裏に 氏名を記入 令和 年 月 撮影
氏名				男 ・ 女	昭和 ・ 平成 年 月 日			
旧氏名			連絡先	TEL				
				E-Mail				
住所	〒							

学 歴	学校名 (中学校から順次記入)	学部・学科	制度 (年制)	昼・夜 ・通信	上段 入学年月	在学 年月	修学区分
			年 月		下段 卒業年月	年 月	
			年 月		(S・H・R) 年 月 (S・H・R) 年 月	年 月	卒、卒見、修、転校、 学年中退、 学年休学中
			年 月		(S・H・R) 年 月 (S・H・R) 年 月	年 月	卒、卒見、修、転校、 学年中退、 学年休学中
			年 月		(S・H・R) 年 月 (S・H・R) 年 月	年 月	卒、卒見、修、転校、 1学年中退、 学年休学中
			年 月		(S・H・R) 年 月 (S・H・R) 年 月	年 月	卒、卒見、修、転校、 学年中退、 学年休学中
			年 月		(S・H・R) 年 月 (S・H・R) 年 月	年 月	卒、卒見、修、転校、 学年中退、 学年休学中
			年 月		(S・H・R) 年 月 (S・H・R) 年 月	年 月	卒、卒見、修、転校、 学年中退、 学年休学中

職 歴 ・ 賞 等	履歴事項 (会社名) 等	上段 入社年月日	職務内容等
		下段 退社年月日	
		(S・H・R) 年 月 日 (S・H・R) 年 月 日	
		(S・H・R) 年 月 日 (S・H・R) 年 月 日	
		(S・H・R) 年 月 日 (S・H・R) 年 月 日	
		(S・H・R) 年 月 日 (S・H・R) 年 月 日	
		(S・H・R) 年 月 日 (S・H・R) 年 月 日	
		(S・H・R) 年 月 日 (S・H・R) 年 月 日	
		(S・H・R) 年 月 日 (S・H・R) 年 月 日	
		(S・H・R) 年 月 日 (S・H・R) 年 月 日	

学歴欄及び職歴・賞等欄の記入上の注意事項

- 1 学歴は中退であっても記入すること。
- 2 学歴の制度(年制)は、月単位の期間であれば月数まで記入すること。(例：1年6月)
- 3 職歴については、別添様式「職歴内容報告書」に記載してください。

免許・資格等	免許・資格の名称（取得見込を含む）				取得(予定)年月	取扱官庁（団体）名				
					(S・H・R) 年 月					
					取得、取得見込み					
					(S・H・R) 年 月					
					取得、取得見込み					
					(S・H・R) 年 月					
					取得、取得見込み					
					(S・H・R) 年 月					
					取得、取得見込み					
家族状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業 勤務先等	住所		同居別	扶養別	健康 状況
								同 別	扶 別	
								同 別	扶 別	
								同 別	扶 別	
								同 別	扶 別	
								同 別	扶 別	
								同 別	扶 別	
								同 別	扶 別	
								同 別	扶 別	
<p>家族状況欄の記入上の注意事項</p> <p>1 配偶者及び2親等内の親族の状況について記入すること。</p> <p>2 同居別及び扶養別の欄は、本人との関係を記入すること。</p> <p>3 3親等内の親族が県庁や県立病院に勤務している場合は、その者についても記載すること。</p> <p>※職業を「県職員」と記載し、勤務先に所属部署（県立病院の場合は病院名）を記載ください。親族と同じ部署への配属を避けるために記載してもらうものです。</p>										
本人不在時の 連絡先	氏名(ふりがな)			続柄	住所		電話			

(注) 1 虚偽の記載があることが判明したときは、採用を取り消すことがあります。
2 欄が不足するときは、適当な紙をつぎたして記入すること。

その他確認事項	1. 最初の勤務地について希望があれば教えてください。（地域異動職員は回答不要）						
	第一希望	沖縄本島北部	沖縄本島中部	沖縄本島南部	宮古圏域	八重山圏域	希望なし
	第二希望	沖縄本島北部	沖縄本島中部	沖縄本島南部	宮古圏域	八重山圏域	希望なし
	第三希望	沖縄本島北部	沖縄本島中部	沖縄本島南部	宮古圏域	八重山圏域	希望なし
	2. 離島を含む遠隔地への配置について、どのようにお考えでしょうか。（地域異動職員は回答不要） ※遠隔地とは、本島北部・宮古・八重山地区を指します。						
① 各遠隔地での勤務可能 ② 離島での勤務は不可、北部での勤務は可能（理由必須）							
③ 離島での勤務は可能、北部での勤務は不可（理由必須） ④ 各遠隔地での勤務は不可（理由必須）							
(②～④の理由)							
3. 前倒し採用(今年の10月1日以降採用※)を希望されますか。※採用日は調整できます ※採用は基本的に来年4月1日を予定していますが、各病院の状況に応じてそれより前に採用を行うことがあります。							
1. 希望する 2. 話があれば検討する 3. 希望しない							
4. ご自身や家族の健康面、その他特別な事情等、今後働く上で配慮が必要となることがあれば教えてください。							
5. その他（自由記載欄）							

職歴内容報告書

採用期間	社名	給料制	就業時間	休息时间	週平均 勤務時間	休日		職務内容	備考

上記のとおり報告します。

採用予定者氏名： _____

【注意事項】

※初任給決定に必要なため、正確に記載してください。

※県立病院、県、国、市町村での職歴がある場合は、必ず本務・非常勤・臨任・嘱託・会計年度任用職員等の別を備考欄に記載してください。

※現在の職歴については、退社(退職)予定年月日を記載してください。

※職務内容はなるべく詳しく記載してください。

記入例

職歴内容報告書

採用期間	社名	給料制	就業時間	休憩時間	週平均勤務時間	休日		職務内容	備考
平成19年7月1日から 平成20年3月31日まで	□□産婦人科クリニック(静岡県 静岡市 20床)	時給制	8:30 ～ 17:15	60分	28.6時間	月16日	土日	看護補助員	パート
平成20年4月1日から 平成21年9月30日まで	〇〇市役所	月給制	8:30 ～ 17:15	60分	38時間45分	週休二日	土日	窓口受付	臨時的任用 職員
平成21年10月1日から 平成27年3月31日まで	沖縄総合事務局	月給制	8:30 ～ 17:15	60分	36時間45分	週休二日	土日	事務補助	会計年度任 用職員
平成27年4月1日から 平成29年3月31日まで	〇〇株式会社	月給制	9:00 ～ 18:00	60分	40時間	週休二日	土日祝日、 年末年始	介護職員(デイサービス)	正社員
平成30年4月1日から 令和2年3月31日まで	独立行政法人 〇〇研究所 〇〇〇〇	時給制	8:30 ～ 17:15	60分	38時間	週休二日	土日	事務・経理(給与担当)	派遣社員
令和2年4月1日から 令和3年3月31日まで	□□市立病院(東京都府中市 50 床)	月給制	8:30 ～ 17:15	60分	38時間45分	週休二日	土日祝日、 年末年始	看護業務(病棟担当)	正職員
<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 退職日が確定していない場合は予定日を記載してください。変更があったときは、病院事業局管理課人事班あて御連絡ください。 </div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block; margin-right: 10px;"> ・名称は省略せず、正式名称を記載してください。 ・病院・診療所勤務の場合は、病床数をできるだけ記載してください。 ・沖縄県外の病院等の場合は所在市町村まで記載してください。 </div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block; margin-right: 10px;"> 職務内容はなるべく詳しく記載してください。 </div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> 県立病院や県、国、市町村での勤務歴がある場合は、任用形態（臨任・会計年度任用職員・嘱託など）を併記してください。 </div>									

【注意事項】

※初任給決定に必要なため、正確に記載してください。

※県立病院、県、国、市町村での職歴がある場合は、必ず本務・非常勤・臨任・嘱託・会計年度任用職員等の別を備考欄に記載してください。

※現在の職歴については、退社(退職)予定年月日を記載してください。

※職務内容はなるべく詳しく記載してください。

障害者手帳等をお持ちの方へ

総務課 人事班

この文書は、採用内定者全員に送付しております。

障害者雇用促進法に基づいて、地方公共団体には、雇用している労働者の一定割合で身体障害者、知的障害者又は精神障害者を雇用しなければならないという障害者雇用義務が課されています。

また、労働者の障害に関する情報は、障害者手帳等で確認することが求められています。

つきましては、障害者手帳等※をお持ちの方で、その情報を下記のとおり利用することについて御了承いただける場合は、同意書(別紙)に記名押印の上、管理課人事班までご報告をお願いします。

なお、これは申告を強制するものではなく、下記のとおり利用することについて御了承いただけた場合にのみ申告をお願いするものです。

また、申告があったことを理由として、職場において不利益な取扱いを行うことは一切ありません。

※ 障害者手帳等とは、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のことを指します。

また、身体障害者については、都道府県知事の定める医師若しくは産業医による診断書・意見書(内部障害については指定医のものに限る。)、知的障害者については、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医若しくは障害者職業センターによる判定書をお持ちの方についても、障害者雇用義務制度の対象となります。

記

1 利用目的及び必要な情報 (障害者任免状況の通報)

毎年6月1日における障害者の任免状況を、厚生労働大臣に通報しなければならないこととなっています。

このため、雇用する労働者のうち、障害者である労働者の人数を、障害種別・程度ごとに報告する必要があります。

2 毎年度の利用

障害者任免状況の通報は、毎年度1回行わなければならないこととされていることから、今回あなたから申告していただいた情報を毎年度利用することとなりますので、あらかじめ御了承ください。

なお、申告していただいた情報を、本人の同意なく、目的外のために用いることは一切ありません。

(雇用者数及び雇用率のみを通報し、ご提供いただいた手帳等の個人情報情報を外部へ提出することは一切ありません)。

3 情報の更新

今回申告していただいた情報について、障害者任免状況の通報のために用いるに当たり、内容に変更があると考えられるような場合には、必要な範囲で、変更の有無について確認を行うことがありますので、あらかじめ御了承ください。

なお、情報の内容の変更とは、具体的には、障害等級の変更や、有効期限を過ぎた精神障害者保健福祉手帳の更新の有無等を想定しています。このため、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、手帳の有効期限を届け出てください。

また、今回申告していただいた情報について、その内容の正確性を確保する観点から、障害等級に変更があった場合や、精神障害者保健福祉手帳を返却した場合には、その旨人事班担当者まで連絡してください。

締切り:令和8年5月 22 日(金)

送付方法:封筒に「親展文書」と表記の上、障害者手帳の写し及び同意書を送付してください。

問合せ先 総務課 人事班 上原

Tel098-866-2832 E-mail: uehartkm@pref.okinawa.lg.jp

令和 年 月 日

沖縄県病院事業局長 殿

同意書

私は、提出した私の障害者手帳に記載された情報に関して、下記のとおり利用することについて同意いたします。

記

- 1 障害者任免状況の通報に用いること。
(雇用者数及び雇用率のみ通報し、提供いただいた手帳等の個人情報等を外部へ提出することは一切ありません。)
- 2 上記の利用目的のために、毎年度情報を利用すること。
- 3 上記の利用目的のために必要な範囲内で、私に対して障害等級の変更
〔精神障害者保健福祉手帳所持者の場合は、手帳の更新の有無等〕等、情報の内容に変更がないかどうか確認する場合があること。

以上

氏名_____印

雇入時健康診断問診票の記入及び提出のお願い

沖縄県病院事業局管理課 人事班

当問診は、労働安全衛生法第 66 条の規定により事業者には実施義務があり、労働者には受診義務のある雇入時健康診断の一部として実施するものです。

別添致しました問診票に必要事項を記入し、配属先の各県立病院総務課（本庁配属の場合は管理課）へ令和 9 年 3 月 23 日（火）までに御提出ください（令和 9 年 4 月 1 日より前の採用の場合は、入職の日まで）。

提出は、郵送、持参、ファックス、メール添付など、方法は問いません。

なお、宛先間違いによる個人情報の流出に責任は負えませんので御注意ください。

この問診は、着任に当たり職場において配慮すべき健康状況がないかを確認するためのみに用いられ、得られた健康情報によって内定が取り消されることはありません。原則、配属先の産業医及び健康診断担当者のみで情報共有されますが、職場として何らかの対応が必要と判断された場合は、本人にも連絡の上、着任前又は着任直後に受診及び診断書を求めたり、所属長へ情報提供されることがあります。その場合においても、内定が取り消されることはありません。

問合せ先

〒900-0029 那覇市旭町 116 番 37 号 9 階

沖縄県病院事業局 総務課人事班

電話 098-866-2832 FAX 098-866-2837

Mail : byouin-saiyou@pref.okinawa.lg.jp

（配属先決定後は、配属病院の総務課へお問い合わせ下さい。）

別紙

※直筆でご記入下さい。どうしても直筆できない方は、代筆の方の署名をお願いします。

雇入時間診票

記入年月日	年 月 日		
職種			
氏名(署名) (代筆の方は職員本人氏名 記入と代筆者署名をお願い します。)	年齢 歳	性*	
現住所			
新住所 (転居予定がある場合)			
連絡先 (電話、メール等)			
配属先	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 職場名 ()		

*体の性と心の性に違いがある場合、心の性を記載しても可(どちらでも可)

既往歴：生活や就業に影響を与えるような、過去の病気や怪我、障害などがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 「有り」の場合、その既往歴と就業上考えられる影響、配慮してもらいたい内容等 []
現病歴：現在通院・治療を受けている病院や身体状況がありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 「有り」の場合の病名・身体状況等 []
上記以外で、就業上、配慮を希望する健康問題があればご記入ください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 「有り」の場合の希望する配慮の内容 []
現在、下記のような症状がありますか？ 2週間以上続く咳や痰 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 2週間以上続く微熱・発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 理由がわからない体重減少 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り

※令和9年3月23日(火)までに配属先の総務課へ提出してください。

令和9年4月1日より前に採用される方は、入職の日までに提出してください。

メール又はファックスの場合、件名を「雇入時間診票送信」とし、誤送信に御注意ください。

沖縄県立病院 新採用職員 健康状態調査票

職員氏名 _____

- この健康状態調査票を就業に先立って配属先の連絡を受けた日から令和9年3月23日(火)(令和9年4月1日より前に採用の場合は入職の日)までに配属先の各病院総務課に郵送またはファックスで提出してください。健康状態調査票の記入は、医師によるものでなければなりません。
- 麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘に関しては、血液検査による抗体陽性の証明がまずは必要です。下記に必要な抗体検査の種類と、陽性とみなすカットオフ値を示しています。検査の結果のコピーを添付するか、またはその値を下記の記載欄に記入してください。抗体が陰性(当院指定のカットオフ値未満)であれば、ワクチン接種が必要です。しかし過去に2回のワクチン接種歴があれば、その明確な日付を記載することで追加ワクチンの接種は不要です。日付のわかる書類(母子手帳または医療施設の証明書など)のコピーを提出してください。日付が不明な場合には、ワクチン接種は着任前に終了し、その接種日を記載してください。
- B型肝炎抗体陰性者は3回ワクチン接種が必要です。3回接種を終了している場合、抗体獲得の有無をEIA法、CLEIA法、またはCLIA法で「 $\geq 10\text{mIU/mL}$ 」に到達していることを確認して下さい。これを満たさない場合には追加接種の相談を入職後に行います。
- インフルエンザの抗体検査は不要ですが、当該シーズンのワクチン接種が必要です。
- 以上の手続きが終了していない場合は、就業開始が遅れることがあります。その際は各病院の感染対策委員長宛てに手続き未完の理由書の提出を求めます。

麻疹：

IgG抗体(EIA法) 陽性 (≥ 16.0) 陰性 検査日 _____ 抗体価 _____

1回目ワクチン接種日 _____ 2回目ワクチン接種日 _____

流行性耳下腺炎：

IgG抗体(EIA法) 陽性 (≥ 4.0) 陰性 検査日 _____ 抗体価 _____

1回目ワクチン接種日 _____ 2回目ワクチン接種日 _____

風疹：

IgG抗体(EIA法またはHI法) 陽性 (HI法 ≥ 32 倍 EIA法 ≥ 8.0) 陰性
検査日 _____ 抗体価 _____

1回目ワクチン接種日 _____ 2回目ワクチン接種日 _____

(裏面に続く)

沖縄県立病院 新採用職員 健康状態調査票

職員氏名 _____

水痘：

IgG 抗体 (EIA 法) 陽性 (≥ 4.0) 陰性 検査日 _____ 抗体価 _____

1 回目ワクチン接種日 _____ 2 回目ワクチン接種日 _____

B 型肝炎：

抗体 (EIA 法または CLIA 法、CLEIA 法) 陽性 ($\geq 10\text{mIU/mL}$) 陰性
検査日 _____ 抗体価 _____

ワクチン接種日① _____ 接種日② _____ 接種日③ _____

インフルエンザ：

インフルエンザワクチン 接種日 _____ 接種者 _____

新型コロナウイルス感染症：

新型コロナウイルスワクチン (※4 回目以降の接種がある方は、余白に書き足してください。)

1 回目ワクチン接種日 _____ 種類 _____

2 回目ワクチン接種日 _____ 種類 _____

3 回目ワクチン接種日 _____ 種類 _____

備考： _____

医療機関名 _____

診断医 _____ 印 _____ 診断日 _____

赴任旅費請求に伴う添付書類について

沖縄県立病院への赴任に伴い、居住地が変わる場合、赴任旅費を請求することができます。

請求には、下記の書類の提出が必要となります。

書類の提出がないと計算ができず、赴任旅費を支給することができませんのでご注意ください。

1 (飛行機利用者)

①航空賃の支払いを証明する書類 (Web 領収書が望ましい)

②実際の搭乗を確認できる搭乗券等。次の (ア) ~ (ウ) のいずれか

(ア) ご搭乗案内

(イ) 保安検査証

(ウ) 搭乗証明書

※ 予約完了案内メールの写しやクレジットカードの利用明細書等は、領収書として認められません。

※ 扶養家族を同伴した場合は、全員分の上記①、②を提出してください。

※ 上記①、②のいずれかにより搭乗した際の運賃種別が確認できない場合は、運賃表も併せて提出してください。

※ 航空運賃の特別席料金 (クラス J、プレミアムクラス等)、航空券の発行手数料等は、対象外です。

※ 旅行代理店や格安航空会社等利用の場合は、支給対象外経費が含まれていないことを確認する必要があるため、Eチケット (予約内容メール) 等、内訳がわかる書類も添付してください。

(船舶利用者)

①乗船券の写しと領収書 (原本)

※ ①は交通費 (船賃) としての領収書であり、自家用車の航送料も含む場合は、以下も提出してください。

②乗船日・適用区間・車両区分・対象経費・料金が記入された領収書

③次の (ア)、(イ) のいずれか

(ア) 2社以上の価格表 (移動日時点に適用される WEB サイトの価格表又は業者作成の価格表のチラシ等で、適用区間・車両区分・対象経費・料金がわかるもの)

(イ) 料金を比較する資料の入手が困難な場合は、業者から聞き取った航送料を記載した「申立書」 (様式は各県立病院にお問い合わせください)

※ 料金は、価格を比較したうえで、原則最も安価な業者の最も安価なプランを利用すること。

2 新住所の住民票謄本 (手当関係も含めて 1 通)

※ 家族で赴任する場合は、続柄記載のある住民票

※ 住居移転前の居住地と住民票に記載されている前住所地が異なる場合、「実際に住んでいた住所を証する資料」が必要となります (本人宛の公共料金の請求書等)。

(裏面も御覧ください)

- 3 ホテル宿泊などの領収書（原本）（理由書もあわせて提出）
※ 居住先にすぐに入居できない理由があり、やむを得ずホテルなどに宿泊した場合のみ、5泊までの宿泊料が支給されます。
※ 前居住地での宿泊については、5泊のうち2泊までの宿泊料が支給されます。
※ 理由によっては支給されない場合もあります。

①引越の荷物（寝具以外）が届かない。②電気・ガス・水道の手続き漏れなどは、理由として認められません。

- 4 引越に係る見積書（原則2社以上）、領収書等（レシート含む）
※ 県外及び離島（小規模離島を含む）を経由する路程について、一定の支給要件を満たし、実費支給を希望する場合、現行定額の2倍までは、引越費用（対象外経費を除く。）を実費支給します。
※ 2社の見積書を取得できない場合は、メタサーチサイトによる検索等を行ったうえで、対応可能な引越業者が1社であることを確認する必要がありますので、検索結果画面のコピーを取っててください。

5 注意事項

- ・各領収書のあて名は、職員本人名を記入して下さい。
- ・家族で赴任する場合、航空券などの領収書には航空券内訳を記載してもらって下さい。
- ・赴任旅費の支給は、予算や事務手続きの関係上、数ヶ月かかりますのでご了承下さい。

【問い合わせ先】
各沖縄県立病院 総務課

記入日：令和 年 月 日

沖縄県病院事業局長 殿

辞 退 届

私は、____年度沖縄県職員採用試験に合格し、合格通知を受けておりましたが、採用を辞退します。

記

1 受験職種： _____

2 受験番号： _____

3 氏 名： _____ ⑩

4 電話番号： _____

5 辞退理由

(今後の採用計画の参考とするため、差し支えない範囲で辞退理由をお聞かせください。)

- 他の公的機関（ _____ ）に採用
- 民間医療機関に採用
- その他（次に具体的な理由を記載してください。）

※ 提出された辞退届は辞退の意思確認のために利用するものであり、法令に基づく場合又は本人の同意がある場合を除き、他に利用又は提供することはありません。

