

令和９年度 正規職員募集要項（臨床検査技師）

採用条件	採用職種	臨床検査技師
	業務内容	（雇入れ直後）次のいずれかの業務に従事していただきます。（部署異動あり） ① 巡回型各種健(検)診や学校健診で実施する、尿検査、採血、心電図検査等の臨床検査技師業務全般と付随する事務等 ② 検査部で実施する、先天性代謝異常等検査、腸内細菌検査、一般臨床検査、病理検査、食品・水質検査、それに付随する事務等 ③ 健康づくり財団診療所で実施する各種健康診断、人間ドックでの採血、心電図検査、エコー検査等の臨床検査技師業務全般と付随する事務等 （変更の範囲）財団の定める業務
	採用人数	１名程度
	採用年月日	令和９（２０２７）年 ４月 １日～ （試用期間あり：６ヵ月／本採用と同条件） ※期間の定めなし
応募要件	応募資格	次の（１）～（３）の要件を満たす人 （１）臨床検査技師免許を有する人または令和９（２０２７）年３月３１日までに取得見込みの人 （２）昭和５７（１９８２）年４月２日以降に生まれた人 （３）普通自動車免許の取得者または令和９（２０２７）年３月３１日までに取得見込みの人 ※「乳がん検診超音波検査実施技師」、「超音波検査士」の人または超音波検査業務に従事した経験がある人 尚歓迎 ※ただし、次の（ア）～（エ）のいずれかに該当する人は応募できません。 （ア）成年被後見人又は被補佐人 （イ）禁固刑以上の刑に処されてその執行を終わるまで、又はその執行を受けることがなくなるまでの人 （ロ）当財団、その他の事業団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分を受けた日から２年を経過しない人 （ハ）日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成、又はこれに加入した人
応募書類・応募方法等	応募書類	①公募申込書（様式あり／Ａ４版・２面）※要写真貼付 ※①に学歴・職歴が記載しきれない場合は、別紙「学歴・職歴一覧」に記載すること ②エントリーシート（様式あり／Ａ４版・２面） ③採用応募における個人情報の取扱に関する同意書（様式ありＡ４版／１面） ④－１卒業見込証明書、学業成績証明書 ※資格取得見込み者のみ ④－２臨床検査技師免許証の写し ※有資格者のみ ⑤返信用封筒（定型サイズ／自身の住所・氏名を記入し１１０円切手を貼付したもの）
	応募先 応募方法	・上記①～③は当財団ホームページからダウンロードしてください。 ・郵送は簡易書留とし、封筒の表に朱書きで「職員公募申込」と記入し、下記＜応募先＞へ提出してください。 ※ 記入は全て黒の消せないボールペン又は万年筆を用いてください。 ※ 提出書類の不備や不足、写真の貼付忘れ等があった場合には、受け付けません。 記入漏れや提出書類の不足がないかを十分確認の上、提出してください。 ※ 中途採用の場合には、直近の勤務先が発行した「退職証明書」を提出いただきます。 ＜応募先＞ 〒３７１－０００５ 群馬県前橋市堀之下町１６番１ 公益財団法人群馬県健康づくり財団 総務部総務課「職員採用係」あて
	応募締切日	令和８年８月１９日（水）１７時必着
選考	試験日時	令和８年９月２６日（土）
	試験方法 （予定）	○ 書類選考ののち、選考結果とともに合格者には試験の詳細を８月２８日（金）頃までに発送します。 なお、９月１日（火）～９月８日（火）の期間内に総合適性検査・事務適性検査をWEB受験していただきます。 種目（予定）：作文試験または論文試験（６０分）、人物試験（２０～３０分）
	選考場所	前橋市堀之下町１６番１ 公益財団法人群馬県健康づくり財団
	最終合格発表	採用内定通知は、１０月中旬頃に郵送予定です。
	その他	令和９年３月１９日（金）午後に内定者研修会を予定しております。

勤務条件	勤務地	(雇入れ直後) 前橋市堀之下町 1 6 番 1 公益財団法人群馬県健康づくり財団 (変更の範囲) なし
	勤務時間	8 時 3 0 分～1 7 時 1 5 分 (原則) ※ 巡回型各種健(検)診業務に従事の場合… 勤務時間の繰り上げ繰り下げがあります。 また、例年 4 月～1 2 月頃は、早朝出勤がほとんどです。
	休 日	週休 2 日制 (原則土日祝日) ※土日祝日勤務 1 5 日／年
	休 暇	年次有給休暇 2 0 日 / 年 特別休暇・年末年始休暇あり 病気休暇・子の看護等休暇・結婚出産忌引等の特別休暇あり
	時間外労働	職場全体の月平均 1 5 時間程度 (目安) ※繁忙期・閑散期 及び 所属部署により残業時間は変動します。 ※ 3 6 協定における特別条項あり (突発的な事由により、月 7 0 時間、年間 4 0 0 時間、5 回までを限度とする)
	育児休業等	子が 3 歳になるまで「育児休業」・9 歳になるまで「育児短時間勤務」取得可 (採用後 2 年目以降から)
	介護休業	対象家族が要介護状態になった場合「介護休業」・「介護短時間勤務」・「介護休暇」 取得可
	福利厚生	慶弔給付 等
	加入保険等	雇用・労災・健康・厚生・財形
	そ の 他	技術向上のための研修制度 (学会・研修会の参加/内部研修) あり
給与等	初 任 給	月額 2 3 9, 8 0 0 円 (大学卒) 令和 8 年度実績 ※ 職歴がある場合は、一定の基準により職歴期間を加算の上、初任給が決定されます。
	扶養手当	子・その他扶養親族 (配偶者は含まない) ／当財団規程による
	住居手当	2 8, 0 0 0 円 / 月 上限 (家賃等による)
	通勤手当	2, 0 0 0 円～4 8, 8 8 0 円 / 月 (距離等による)
	賞 与	4. 6 5 月分 (令和 7 年度実績)
	退職金	勤続 1 年以上・当財団規程による
そ の 他		受動喫煙対策 : あり (敷地内禁煙)

※ 採用選考の結果、採用決定となった場合、取得した個人情報は当財団職員の個人情報として保管いたします。詳細については、入職後に別途説明いたします。

※ 採用選考の結果、不採用となった場合、提出いただいた書類は一定期間保管の後、当財団の責任により破棄・処分いたします。選考業務のために複製した個人情報も業務終了後、適切な方法にて破棄・削除いたします。

群馬県健康づくり財団職員公募申込書〔臨床検査技師〕			受 験 番 号 ※	
			M	
(フリガナ)			写真添付欄 (縦4cm×横3cm) ・ 3 ヲ月以内に撮影 ・ 上半身、正面、無帽 ・ 写真裏面に氏名記	
氏 名				
生 年 月 日 ※西暦		年 齢		
年 月 日		満 歳 (2027年4月1日現在)	※任意(未記入可)	

メールアドレス 合格者向けWEB受検 案内送信用	△大きな字ではっきりと書いてください (スマートフォン、PC、タブレットで閲覧できるもの)	メールアドレスを 持っていない場合 は右にチェック	チェック✓ ☐
--------------------------------	---	---------------------------------	-----------------------------------

合格 通知 等 送 付 先 (希望する方を☑)	☐ 現住所 (郵便番号、アパート・部屋番号、同居先まで記入してください。)
	〒 電話 () - 携帯電話 () -
	☐ 連絡先 (現住所以外で連絡先がある場合は、記入してください。)
	〒 電話 () -

学 歴 (中学校から最終学歴まで記入)				
学 校 名	学部・学科名	所 在 地	在学期間 ※西暦	卒業区分等
中学校		都 道	年 月から	卒業・中退
		府 県	年 月まで	卒業見込み
		都 道	年 月から	卒業・中退
		府 県	年 月まで	卒業見込み
		都 道	年 月から	卒業・中退
		府 県	年 月まで	卒業見込み
		都 道	年 月から	卒業・中退
		府 県	年 月まで	卒業見込み

職 歴 (今までの職歴をすべて記入)				
勤 務 先 (会 社 名)	所 在 地	在職期間 ※西暦	雇用形態	職務内容・退職理由等の詳細
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	

※ 学歴・職歴が本用紙に記入しきれない場合は、別紙「学歴・職歴一覧」に記入してください。	チェック✓ ☐
※ 上記在職期間中に30日以上のお職・休業期間がある場合は記入してください。 (育児・介護休業等) 年 月 から 年 月 まで	

公益財団法人群馬県健康づくり財団職員公募申込書の記載事項は 事実と相違ありません。 年 月 日 氏名 (自署) 印	受付年月日 ※
--	---------

エントリーシート

記入日 年 月 日

受験番号 ※	フリガナ		生年月日 ※西暦
M	氏 名		年 月 日生

1. あなたの長所と短所は何ですか。理由もあわせて教えてください。

2. 学生生活（サークルやクラブ活動を含む）または 就業経験の中で最も印象に残ったことを教えてください。

3. あなたが他者と良好な関係を築く上で大切にしていることを教えてください。

受験 番号※		氏 名	
-----------	--	-----	--

4. あなたが就職先を選ぶときに重視していることを教えてください。

5. 余暇の過ごし方や趣味等について書いてください。

6. 就職活動状況について教えてください。

・ 公務員関係

・ 民間企業等

学 歴 ・ 職 歴 一 覧

別 紙

(記入日 年 月 日現在)

(フリガナ)	生年月日 ※西暦
氏 名	年 月 日

学 歴 (中学校から最終学歴まで記入)

学 校 名	学部・学科名	所 在 地	在学期間 ※西暦	卒業区分等
		都道 府県	年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込み
		都道 府県	年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込み
		都道 府県	年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込み
		都道 府県	年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込み
		都道 府県	年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込み
		都道 府県	年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込み

職 歴 (今までの職歴をすべて記入)

勤 務 先 (会 社 名)	所 在 地	在職期間 ※西暦	雇用形態	職務内容・退職理由等の詳細
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	
		年 月から 年 月まで	1. 正規 2. 非正規 ()	

※ 上記在職期間中に30日以上 of 休職・休業期間がある場合は記入してください。
(育児・介護休業等) 年 月 から 年 月 まで
年 月 から 年 月 まで

採用応募者の個人情報の取り扱い

公益財団法人群馬県健康づくり財団（以下「当財団」）は、採用応募者の皆様の個人情報を提供していただきますが、お預かりした個人情報の取り扱いに関して、以下の各事項を遵守します。

応募に際しては、本同意書の内容を確認いただき、同意いただけた場合は、署名・捺印のうえ、応募書類と同封にてご提出ください。当財団が求める個人情報の提供は任意ですが、情報の提供がいただけない場合は採用選考等に影響が生じる場合があります。

1 個人情報の利用目的

採用応募者から取得した個人情報は下記の業務の範囲内で利用することとし、それ以外の目的に利用することはありません。

- (1) 採用応募者を識別するため
- (2) 応募に関する問合せの返答や試験、面接などの日時等の連絡を行うため
- (3) 採用選考のため
- (4) 採用された際の人事、労務管理のため

2 上記目的以外の利用について

「1 個人情報の利用目的」に記載以外の目的で個人情報を利用する必要がある場合には、法令により許される場合を除き、その利用について本人の同意を得るものとします。

3 第三者への開示・提供について

下記のいずれかに該当する場合を除き、個人情報を開示または提供しません。

- (1) 本人の同意を得ている場合
- (2) 法令に基づく場合
- (3) 人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- (4) 国の機関もしくは地方公共団体またはその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

4 個人情報の開示・訂正・利用停止・削除等について

提出いただいた個人情報について開示等（開示、訂正、利用停止、削除）の請求については次項の苦情・相談窓口にお申し出ください。本人であることを確認したうえで対応いたします。

5 苦情・相談窓口

当財団の個人情報の取り扱いに対する苦情・相談の窓口は下記のとおりです。

〒371-0005

群馬県前橋市堀之下町16-1

公益財団法人 群馬県健康づくり財団 総務部 総務課（TEL 027-269-7811 / FAX 027-269-8928）

（E-mail：info@gunma-hf.jp）

作成年月日 令和2年4月1日

公益財団法人群馬県健康づくり財団

理 事 長 須藤 英仁

個人情報保護管理者 総務部長

【採用応募者の個人情報の取り扱いについての同意】

☐ 同意する

☐ 同意しない（不同意）

年 月 日

氏 名

印