

令和6年度高知県職員（公衆衛生医師）採用選考考査実施要領

令和6年7月8日

高 知 県

1 募集（採用予定）人員

2名

2 職務内容

高知県職員として、本庁又は福祉保健所等において公衆衛生関係の業務に従事します。

3 受験資格

次の（1）から（4）までに該当する人

（1）昭和35年4月2日以降に生まれた人

（2）医師法（昭和23年法律第201号）による医師の免許を有する人（平成16年4月1日以降に医師免許の申請をし、医師免許を取得した人にあつては、令和6年3月末日までに同法第16条の2の臨床研修が修了した人又は修了する見込みの人）

（3）次のいずれかに該当する人

ア 日本国籍を有する人

イ 出入国管理及び難民認定法（昭和26年政令第319号）に定められている永住者

ウ 日本国との平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法（平成3年法律第71号）に定められている特別永住者

（4）地方公務員法（昭和25年法律第261号）第16条等に定められている次のいずれにも該当しない人

ア 禁錮以上の刑に処せられ、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

イ 高知県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人

ウ 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し、又はこれに加入した人

エ 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産者の宣告を受けている者（心神耗弱を原因とする者以外）

4 応募（受験）の手續

（1）受付

令和6年7月8日（月）から同年8月16日（金）までの間、高知県健康政策部保健政策課で受け付けます。ただし、土曜日、日曜日及び休日を除きます。

受付時間は、午前8時30分から午後5時15分までです。

郵便による申込みは、令和6年8月16日（金）までの消印のあるものに限り受け付けます。

※受験票は交付しません。当日、試験会場においでください。

(2) 申込方法

申込書に次の書類を添えて、高知県健康政策部保健政策課へ提出してください。

なお、郵送する場合は簡易書留とし、封筒の表に「**医師受験**」と朱記してください。

ア 医師免許証の写し 1部

イ 臨床研修修了書の写し 1部

※臨床研修中の場合は、当該医療機関で勤務していることが確認できる書類（雇用通知書の写し等）

5 選考考査実施内容等

(1) 試験の日時及び場所

日 時	場 所
令和6年8月31日(土) 午前9時から	高知市丸ノ内1丁目2-20 高知県庁本庁舎

(2) 試験の種目及び内容

種 目	内 容
論文試験	職務遂行に必要な専門的知識、技術等についての筆記試験
口述（面接）試験	職務遂行に必要な識見、判断力、思考力並びに人物及び人柄等についての個別面接による試験

(3) 各種目の配点

種目	論文試験	口述（面接）試験	総合得点
配点	40点	60点	100点

6 申込状況の発表

申込状況を随時、高知県健康政策部保健政策課のホームページ

<https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131601/> に掲示します。

7 合格発表の時期

令和6年9月下旬に、合格者の受験番号を高知県健康政策部保健政策課のホームページに掲示するとともに、受験者に直接通知します。

8 任命等

(1) 採用の時期

原則として令和7年4月1日。

なお、平成16年4月1日以降に医師免許を取得し、臨床研修が未修了の人にとっては「3 受験資格」(2)に記載する期日に所定の要件を満たしていない場合は、採用されません。

(2) 任命に当たっての考え方

「地方公務員として、公権力の行使又は公の意思の形成への参画に携わる職務を行うためには日本国籍を必要とし、それ以外の職務を行うためには日本国籍を必要としない。」という基本原則にのっとり任命が行われます。

9 採用後の処遇

(1) 研修

本庁、福祉保健所等への配置後の職場研修に加え、国立保健医療科学院、結核予防会結核研究所などでの研修に随時派遣します。

(2) 給与等

医療職給料表(1)を適用します。

臨床研修を修了し、26歳で採用された場合、給料月額332,700円、初任給調整手当309,200円、地域手当56,816円及び給料の調整額22,400円ですが、採用前の職歴等に応じて加算される場合があります。(令和6年4月1日現在)

また、このほかに期末手当及び勤勉手当が支給され、別途、支給要件に該当する人には、扶養手当、通勤手当等が支給されます。

10 試験成績の開示

受験者は、次により成績の開示を請求することができます。

(1) 口頭による開示の求め

ア 請求期間

合格発表日から1か月間

イ 開示する内容

総合得点のみ

(2) 文書による開示請求

ア 対象者

受験者全員

イ 請求期間

合格発表日の翌日から3か月間

ウ 請求の方法

試験当日に「試験成績開示請求書」を配布します。必要事項を記入の上、返信用封筒(定型、縦14~23.5cm×横9~12cmの大きさのもの)を同封して、郵便等により高知県健康政策部保健政策課へ請求してください。

なお、返信用封筒には必ずあて先を記入し、返信用切手434円分(簡易書留相当

分) を貼ってください。

1.1 その他注意事項

受験票は、試験当日に試験会場で交付します。

また、試験当日は次のものを携行し、午前9時までに試験会場に集合してください。

○鉛筆（HB数本） ○消しゴム

○時計（携帯電話や計算機能付きのものは使用できません。）

1.2 選考考査の申込み及び問い合わせ先

高知県健康政策部保健政策課

〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2-20

電話番号 (088)823-9666(直通)

1.3 試験会場案内図

高知県庁本庁舎

① 高知県庁・本庁舎
② 高知県庁・西庁舎
③ 高知県庁・北庁舎
④ 職員能力開発センター
⑤ 高知電気ビル
⑥ 高知県議会
⑦ 高知県警察本部

試験会場

(1) 高知県庁本庁舎

- ・ アクセス方法 / <路面電車> 「県庁前」下車徒歩 2～3 分
<各社バス> 「県庁前」下車徒歩 2～3 分
- ・ 住所 / 〒780-8570 高知市丸ノ内 1 丁目 2 番 20 号
- ・ 電話 / 088-823-1111 (代表)
- ・ ホームページ / <https://www.pref.kochi.lg.jp/>

※ 試験会場には、駐車場がありませんので、車の乗り入れを禁止します。

令和 6 年度高知県職員（公衆衛生医師）採用選考考査受験申込書

令和 年 月 日

試験区分	国 籍 等		
公衆衛生医師	(該当番号に○印) 1 日本国籍 2 永住者 3 特別永住者		
ふりがな	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別
氏 名	年 齢	令和 7 年 4 月 1 日現在 (歳)	
現住所（寮・下宿・アパート等の場合には、何々方等まで詳しく記入してください。） (〒 -) 電話 () ※ 日中、直接連絡が取れる連絡先 (携帯電話等)を記入してください。			
連絡先（帰省先等）の住所（現住所と異なる連絡先がある場合は記入してください。） (〒 -) 電話 () ※ 確実に連絡が取れる連絡先を 記入してください。携帯電話可			
学 歴	最終学歴（専門学校を含む）から順次さかのぼり、書いてください。		
	学校名（学部学科名まで）	在 学 期 間	中退・卒業・修了
		～	
		～	
		～	
		～	
職 歴	職業歴（アルバイト・自営も含む）を新しいものからさかのぼり、書いてください。		
	勤務先（部課名まで）	在 職 期 間	勤 務 内 容
		～	
		～	
		～	
		～	
私は、令和 6 年度高知県職員（公衆衛生医師）採用選考考査実施要領に掲げてある受験資格 をすべて満たしています。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。			
令和 年 月 日			
(署名) 氏 名 -----			

記載上の注意

- 1 実施要領をよく読んで記入してください。
- 2 すべての欄にもれなく自筆で記入してください。特に、署名欄への署名を忘れないようにしてください。（性別欄は任意記載欄となります。未記載とすることも可能です。）
- 3 「国籍等」欄は、1、2、3のうちいずれか該当するものに○印を付けてください。（実施要領 3（3）を参照）
- 4 記載事項に不正があると受験及び採用が無効になる場合があります。
- 5 次の 2 枚目についても、併せて提出してください。

試験区分	ふりがな			写真を貼る位置 1. 縦 36～40mm 横 24～30mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面のりづけ	
公衆衛生医師	氏名				
最近関心を持ったことがら					
自己PR					
志望の動機					
余暇の利用方法		趣味、スポーツ等	自分でやる	見るだけ	
		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ボランティア活動、地域活動、サークル活動等の経験があれば書いてください。					
医師免許の取得等	1 医師免許取得年月日 年 月 日取得 2 臨床研修修了予定年月日等 平成16年4月1日以降に医師免許を申請し、医師免許を取得した人にとっては、医師法第16条の2の臨床研修が修了した日又は修了する予定日 (1) 年 月 日に修了 (2) 年 月 日修了予定 (3) 研修施設名 ()				
資格免許取得状況 (医師免許を除く。)					
名 称	取得年月日	取扱官公庁名	名 称	取得年月日	取扱官公庁名
他の就職試験の受験状況					
官公庁、会社名等	受 験 結 果 (合格等の状況を○で囲む)				
	合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃)				
	合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃)				

・右上に写真を貼るとともに、必ず自筆で各項目について、ありのままに、ていねいに書いてください。
・数字は算用数字を用い、また該当する口の中には✓印をつけてください。