

令和7年度 上砂川町職員

選考採用試験案内

〔保健師〕

受付期間 令和6年12月10日(火)

～令和7年1月17日(金)

試験日 令和7年1月下旬予定

試験会場 上砂川町役場

令和6年12月9日
上砂川町

〒073-0292

空知郡上砂川町字上砂川町40番地10

電話 0125-62-2014 (健康推進課)

この試験は、上砂川町職員の「保健師」の選考採用試験です。

1 採用職種及び受験資格

| 職 種 | 受 験 資 格 |
|-------------|--|
| 保健師 (1人) | ① 保健師資格取得者又は令和7年3月末までに取得見込の者 ② 普通自動車免許証を所有する者又は取得見込みの者 ③ 上砂川町に居住できる方 |

※ただし、日本国籍を有しない者又は下記地方公務員法第16条のいずれかに該当する者は受験できません。

- ・ 成年被後見人または被保佐人
- ・ 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの者
- ・ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法また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、またはこれに加入した者

2 試験方法及び内容

- 適性検査。
- 面接試験（面接は個人面接）

3 試験日時、場所及び合格発表

- 日 時 令和7年(2025年)1月下旬予定
- 場 所 上砂川町役場
- 発 表 受験者全員に、合否の結果を通知します。

4 合格者の採用予定時期

- 令和7年(2025年)4月1日を予定

5 受付期間及び受験手続

○ 受付期間

令和6年12月10日(火)から令和7年1月17日(金)まで

※ただし、郵送の場合は1月17日(金)までの消印のあるものに限り受け付けます。

○ 申込書の請求先

上砂川町役場健康推進課健康係に請求又はホームページからダウンロードしてください。郵送による請求の場合は、140円切手を貼った宛先明記の返信用封筒(A4判が入る大きさ)を必ず同封し、請求してください。

○ 申込方法及び申込先

申込書に、所定事項を記入(自筆)し、保健師免許証の写し(資格を有する者)及び最終学校の成績証明書を添付の上、上砂川町役場健康推進課健康係に郵送又は持参し提出してください。

6 その他

- 受験手続、その他の問い合わせは、上砂川町役場健康推進課健康係にお尋ねください。