

栃木県臨時的任用職員（薬剤師又は獣医師）募集案内

令和7（2025）年2月3日

栃木県県北健康福祉センター

栃木県県北健康福祉センターに生じる欠員（育休代替）を補充するため、薬剤師又は獣医師を募集します。

1 職種・募集人員・勤務場所及び仕事の内容

職 種	募集人員	任用予定期間※	勤務場所	職 務 内 容
薬剤師又は獣医師	1名	令和7年4月1日から 令和8年1月31日まで	県北健康福祉センター 生活衛生課 (那須庁舎2階) 大田原市本町2-2828-4	食品衛生又は生活薬事に係る次に掲げる業務 ・生活薬事関係施設の許認可に係る業者指導、書類審査及び現地調査等 ・パソコンによる各種データの入力、更新、整理等 ・電話、来客対応

※採用の手続きの都合で任用開始日が変更になることがあります。

2 応募資格

(1) 薬剤師又は獣医師免許取得者

(2) 次のいずれかに該当する者は応募できません。

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者

イ 栃木県職員として懲戒免職処分を受け、その処分の日から2年を経過しない者

ウ 日本国憲法施行の日以後において、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者

※ 日本国籍を有しない者も応募できます。ただし、公権力の行使又は公の意思形成への参画に携わる職に就くことはできません。

また、就職が制限されている在留資格の者は応募できません。

3 選考試験の内容、日時、場所、合格者発表

試験内容	日 時	会 場	合格者発表
作文試験 面接試験	応募受付後連絡します。	栃木県庁那須庁舎 県北健康福祉センター	試験終了後、1週間以内に受験者全員に合否を連絡します。

4 選考試験に関する種目・内容

種 目	内 容
免許証照合	資格免許証の原本を持参のこと。応募書類と照合します。
作 文 試 験	公務員として必要な表現力等について、記述式による試験を行います。
面 接 試 験	人物及び専門的知識等について、個別面接による試験を行います。

5 勤務条件等

(1) 給 与

給料月額例 大卒：232,500円～（令和7（2025）4月1日予定）

※ 学歴、職歴等に応じ加算措置があります。

※ このほか、通勤手当、期末・勤勉手当、超過勤務手当、住居手当等がそれぞれの条件によって支給されます。

※ 地方公務員等共済組合法に定める組合員となり、短期給付事業（医療保険）、長期給付事業（年金）、福祉事業（健康診断等）が適用されます。その他雇用保険に加入します。

(2) 勤務時間

原則として月曜日から金曜日までの週5日、8時30分～17時15分（午後0時から午後1時は休憩時間）の勤務です。業務の状況に応じて、超過勤務が生じることもあります。

(3) 休日

日曜日及び土曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12月29日から翌年1月3日までの日
なお、業務状況により休日の勤務がある場合もあります。

(4) 服務

任用予定期間に応じて最大17日の年次休暇、疾病等の場合に与えられる傷病休暇、忌引休暇、夏季休暇等があります。

地方公務員法が適用となり、法令及び上司の職務上の命令に従う義務、信用失墜行為の禁止、秘密を守る義務、職務に専念する義務等が課されることになります。

6 応募手続

(1) 応募者は受付期間中に応募書類を県北健康福祉センター総務企画課に持参又は郵送してください。

なお、郵送の場合は封筒の表に、「欠員補充職員薬剤師又は獣医師募集申込No.1」と朱書の上、簡易書留等確実な方法で郵送してください。

【受付期間】

令和7（2025）年2月3日より受付開始（土曜日・日曜日・祝日は受付できません）

※ 応募者を一定数確保できた場合は、募集を締め切る場合があります。

【受付時間】

午前8時30分～17時15分まで

(2) 応募書類（各1部）

ア 栃木県臨時的任用職員（薬剤師又は獣医師）採用選考試験申込書（申込書は本案内の3ページから印刷していただくか、窓口で配布します。）

イ 履歴書（写真付）

※ 履歴書は市販のもので可。

ウ 薬剤師又は獣医師免許証の写し

エ 公共職業安定所（以下「ハローワーク」という。）で紹介された場合は、ハローワークの紹介状

※ 提出された書類は返却しません。

なお、採用されなかった応募者の書類は破棄しますのでご了承ください。

7 応募先・問い合わせ先

〒324-8585 栃木県大田原市本町2-2828-4（那須庁舎1階）

県北健康福祉センター総務企画課

電話 0287-22-2257

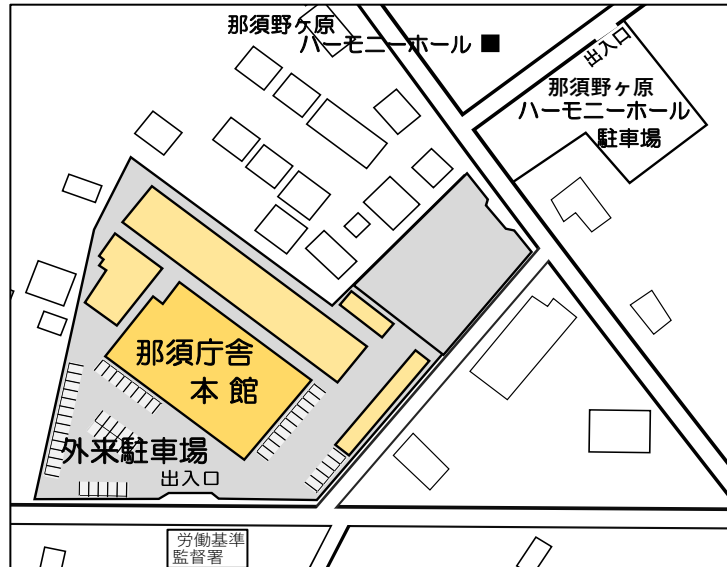
栃木県臨時的任用職員（薬剤師又は獣医師）採用選考試験申込書

試験職種	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
薬剤師又は 獣医師 (該当する職種を丸 で囲んでください)		昭和
		平成
		満 歳
現 住 所	〒 ー	電 話
		()
		呼出 (方)
連 絡 先	〒 ー	電 話
		()
私は、この試験の案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、 この申込書に記載したことは事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名 (自署)		※受付年月日
		※受験番号

※欄は記入の必要はありません。

那須庁舎案内図

令和5年3月6日以降



所在地
大田原市本町2丁目
2828-4

