

경상북도안동의료원장 공개모집 재공고

경상북도안동의료원장을 다음과 같이 공개모집 하오니 지방의료원 운영에 전문적인 식견과 능력을 갖춘 유능한 분들의 많은 응모를 바랍니다.

2023년 9월 1일

경상북도안동의료원 임원추천위원회 위원장(직인생략)

1. 공모직위 : 경상북도안동의료원장 1명

2. 임용기간 : 임명일로부터 3년(공모절차를 거쳐 연임가능)

3. 주요 직무내용

가. 안동의료원을 대표하고 의료원의 업무를 총괄하며 소속 직원을 지휘·감독
나. 임기 중 달성하여야 할 운영목표, 성과에 대한 보상과 책임 등에 관한 계약
다. 법령과 지방의료원 정관으로 정하는 바에 따른 그 의무와 책임 준수
라. 기타 부대사업 및 위탁사업 운영 등

4. 응모자격 및 결격사유

「지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률」제11조에 해당되지 아니하고 공고일 현재「경상북도 지방의료원 설립 및 운영 조례」제5조 제1항 의거 원장 임용후보자는 다음 각 호 어느 하나의 자격을 갖추어야 한다.

- 가. 전공의 수련병원급 이상의 의료기관 및 지방의료원에서 진료과장 이상의 직위에서 5년 이상 근무한 사람
- 나. 종합병원급 이상의 의료기관에서 원장으로 3년 이상 근무한 사람
- 다. 지방의료원에서 원장으로 3년 이상 근무한 사람
- 라. 의학 분야에서 박사학위를 취득한 후 국내·외 연구기관, 병원 또는 대학에서 5년 이상의 연구 또는 임상경력이 있는 사람
- 마. 보건·의료분야의 4급 이상 공무원으로 4년 이상 재직한 사람
- 바. 병원경영의 전문가 또는 경영분야의 전문가로서 탁월한 실적이 있는 사람

※ 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 제11조(임원의 결격사유)

- | |
|--|
| <p>① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 지방의료원의 임원이 될 수 없다.</p> <ol style="list-style-type: none">1. 대한민국 국민이 아닌 사람2. 미성년자·피성년후견인 또는 피한정후견인3. 파산자로서 복권되지 아니한 사람4. 금고 이상의 실형을 선고받고 그 집행이 끝나거나(집행이 끝난 것으로 보는 경우를 포함한다)집행이 면제된 날부터 2년이 지나지 아니한 사람5. 법률 또는 법원의 판결에 따라 자격이 상실되거나 정지 중인 사람 <p>② 지방의료원의 임원이 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하게 되거나 임명 당시 그에 해당하는 사람이었음이 판명되었을 때에는 당연히 퇴직된다.</p> |
|--|

5. 선발시험 방법 및 합격자 발표

가. 1차시험(서류전형) : 응모자의 제출한 서류를 기준으로 심사

※ 서류전형 탈락자는 면접시험에 응시할 수 없음 (면접시험 별도 통보)

나. 2차시험(서류심사 및 면접시험)

- 1차시험 합격자에 한하여 임원추천위원회에서 서류심사와 면접시험 실시
- 의료원 경영계획, 전략, 리더십, 조직관리 능력, 공공보건의료사업 추진 등

※ 최종후보자 개별통지

6. 보수 : 경상북도안동의료원 보수규정에 의함

※ 경상북도지사와 성과연봉 매년 계약체결(기본급+성과급)

7. 지원서류 접수

가. 접수기간 : 2023. 9. 1.(금) ~ 2023. 9. 15.(금), 근무시간(09:00~18:00) 내

※ **우편접수는 접수 마감일(2023. 9. 15. 18:00)까지 도착분에 한해 유효함.**

나. 접수방법 : 방문 또는 우편(등기) 접수

다. 접수처 : (36759) 경북 안동시 풍천면 도청대로 455 경북도청 감염병관리과
라. 제출서류

① 응시지원서 1부(소정양식, 사진부착) 및 이력서 1부(소정양식, 사진부착)

② 자기소개서 및 직무수행 계획서 각 1부

※ 직무수행계획서 1부(지원동기, 경영 전략 및 혁신, 노사안정, 기능강화, 공공의료, 고객 만족 등 직무수행계획을 A4용지 10매 이내 (요약서 2매 정도 별도 작성)

③ 학력증명서, 면허증, 자격증 사본(해당자) 각 1부

※ 외국어로 기재된 증빙자료(학력, 경력증명서, 연구실적 등)의 경우 반드시 공증 받은

한글번역본을 첨부하여 제출

④ 경력증명서(근무처별) 1부

※ 근무기간, 직위(직급) 및 담당업무, 증명서 발급 확인자 서명(날인), 발행기관 직인 및 연락처 등을 반드시 기재 (민간법인 근무경력의 경우 법인사업자등록증 등 기관성격을 증명할 수 있는 자료를 반드시 첨부)

⑤ 주민등록 초본(남자의 경우 병적사항 기재된 것) 1부

⑥ 건강보험자격득실확인서 1부

⑦ 개인정보 제공 동의서 1부

⑧ 성범죄경력조회 및 범죄경력조회를 위한 동의서 1부(최종 임용 예정자에 한함)

※ 제출양식은 경상북도 홈페이지(<http://www.gb.go.kr>) 및 경상북도안동의료원 (<http://www.amc.or.kr>)에서 내려 받아 작성

⑨ 취업제한 대상자의 경우 해당 공직자윤리위원회 취업승인여부 심사결정서(대상자) 1부 (심사일정에 따라 추후 제출 가능)

- 제출된 경력증명서 등 제출서류가 모호하거나 불명확할 경우 서류전형시 불이익을 받을수 있음
- 학력 및 경력증명서 등은 각종서류는 특별한 사정이 없는 한 3개월 이내 발급분에 한함

8. 기타사항

가. 경상북도안동의료원장은 임원추천위원회에서 최종 면접심사를 통하여 추천한 자 중에서 경상북도지사가 적임자를 원장으로 임명합니다.

※ 다만 적격자가 없을 경우에는 원장후보자를 추천하지 아니할 수 있습니다.

나. 제출된 서류는 일체 반환하지 않으며, 응시자가 제출서류를 허위로 기재하였거나 결격사유에 해당하게 되거나 임명 당시 그에 해당하는 것으로 판명되었을 때에는 당연히 퇴직된다.

다. 경상북도안동의료원은 공직자윤리법에 의한 퇴직공직자 취업제한 대상기관입니다.

라. 추후 최종후보자는「경상북도 산하기관 등의 장 후보자에 대한 인사검증 실시 협약」에 의거하여 경상북도의회 인사검증 후 최종 임용됩니다.

마. 기타 문의사항은 경상북도 감염병관리과(☎054-880-3877)로 문의하시기 바랍니다.

응 모 지 원 서

주소				사 진 6개월 이내에 촬영한 탈모 상반신 사진 (3.5cm×4.5cm)
전 화		휴대폰		
학력 (최종)				
※접수 번호		성 명	(한글) (한자)	※서류제출 여부 ①이력서() ②자기소개서() ③직무수행계획서() ④졸업학력증명서() ⑤자격·면허증 사본() ⑥경력증명서() ⑦건강보험자격득실확인서() ⑧주민등록초본() ⑨개인정보제공동의서() ⑩성범죄경력조회동의서() ⑪기타()
지원 직위	경상북도 안동의료원장	주민등록 번 호	-	

상기 기재사항(제출서류 포함)은 사실과 다름이 없으며, 만일 합격 또는 임명 후에 허위사실이 판명되었을 때에는 합격취소 또는 임명의 취소 처분에도 이의를 제기하지 않겠습니다.

2023년 월 일
지원자 (서명)

경상북도안동의료원 임원추천위원회 위원장 귀하

지원서 접수확인증		성 명	(서명)				
		생년월일					
※접수번호		2023년 월 일					
응시직위	경상북도안동의료원장	경상북도안동의료원 임원추천위원회위원장					

주 의 사 항

- 지원표를 받는 즉시 응시번호를 확인하여야 합니다.
- 기타 문의사항은 경상북도 감염병관리과(054-880-3877)로 연락주시기 바랍니다.

응시지원서 작성요령

1. 응시지원서는 서식에 작성하시기 바랍니다.
2. 응시지원서 작성 시 응시자 부주의로 인한 잘못된 기재나 표기는 응시자 본인의 불이익이 됩니다.
3. 응시지원서는 아래의 작성요령에 따라 작성하시기 바랍니다.

《작성요령》

- ① 주 소 : 주민등록상 주소를 기재
- ② 전 화 : 연락 가능한 일반전화 및 휴대폰 번호 기재
- ③ 학 력 : 최종학력 기재
- ④ 성 명 : 한글 및 한자 병행 기재
- ⑤ 생 년 월 일 : 주민등록상 생년월일 기재

※ 「*」 표시란 : 응시자는 기재하지 않습니다.

응 모 이 력 서

		접수번호		*		
사진부착 (3.5cm x 4.5cm) 최근 6개월 이내	인 적 사 항	성명	[한글]	생년 월일		
			[한자]			
		주소				
		전화	[자택]() - [직장]() -	휴대폰		E-mail

학 력 사 항	기 간		학 교 명	전 공	소재지	학 위	비고
	년 월 ~ 년 월		고등학교				
	년 월 ~ 년 월		대학교				
	년 월 ~ 년 월		대학원	(세부전공:)			
	년 월 ~ 년 월		대학원	(세부전공:)			
	최종학위 논문주제						

병역 사항	병 역	필(), 병역특례(), 면제() ※ 해당란에 “○”표시				
	군 별		계 급		복무기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (년 개월)

자격 및 면허	종 류	취득년월일	어학	외국어명	점 수	검정기관

경 력 사 항	근 무 처	직 위	근무기간	퇴직사유	비고
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		

(뒷면)

① 연구 및 포상실적 등 기타 업적



※ 공간이 부족할 경우 해당 양식을 확장하여 기술하여 주십시오.

② 관련분야 사업추진 성과, 국가/지역사회 발전 기여 등

--

위의 기재사항은 사실과 다름이 없음을 확인합니다.

2023년 월 일

지 원 자 : (서명)

경상북도안동의료원 임원추천위원회 위원장 귀하

자 기 소 개 서

임명분야	경상북도 안동의료원장	성 명		생년월일	
2023. . . 작성자 : (인)					

※ 지원동기, 생활신조 및 가치관, 경영철학 및 경영경험, 업무추진능력, 사회봉사실적, 기타 특기사항 등을 항목별로 구분하여 글씨크기 13포인트, 휴명명조체, A4용지 3매 이내로 자유롭게 작성

직무수행계획서

임용분야	경상북도안동의료원장	성명		생년월일	
------	------------	----	--	------	--

☐ 비전

- ☐
- ☐
- ☐

☐ 추진전략

- ☐
- ☐
- ☐

☐ 공공보건의료정책 수행(공공보건의료기관의 역할)

- ☐
- ☐
- ☐

☐ 경영혁신(경영활성화), 노사안정, 기능강화, 도 의회 및 지역사회협력, 고객만족 등

- ☐
- ☐
- ☐

※ 경상북도안동의료원의 비전, 전략, 공공보건의료, 경영혁신, 노사안정, 기능강화(조직 운영계획 포함), 리더십, 도 의회협력, 지역사회 협력 및 고객만족 등이 포함된 의료원 운영계획을 구체적으로 기술.

(분량 및 글자 크기: A4용지 10매 이내로 기술하되, 5매 이상인 경우 2매 이내의 요약서를 앞부분에 첨부, 글자 크기 : 14포인트, 워드프로세서를 사용하여 작성)

【개인정보 수집 · 이용 동의서】

상기 본인은 경상북도에서 추진하는 경상북도안동의료원장 모집공고에 응시하기 위해 제출한 서류에 대하여 ① 경력사실 확인 등을 위해 본인 개인정보를 수집·이용하는 것 ② 임원추천위원회 위원들의 서류심사 및 면접심사를 하는 것 ③ 범죄경력조회 등 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」의 결격사유 확인을 위해 아래와 같이 필요한 개인정보를 수집 및 이용하는 것에 동의합니다.

■ **관련법규** : 「개인정보 보호법」 제15조, 제22조, 제24조

■ 기본 개인정보 수집 · 이용 [필수]

수집·이용하려는 개인정보의 항목	개인정보의 수집·이용의 목적	개인정보 이용기간 및 보유기간
이름, 생년월일, 사진	본인 식별 절차에 이용	원장 추천·임명 시까지 활용, 보존기간 종료 즉시 폐기
주민등록번호	결격사유 조회	
연락처, 주소, e-mail	공지사항, 관련자료 발송, 서비스정보의 제공	
학력, 자격 및 면허, 경력 등	서류 및 면접심사 적격여부 확인	

※ 개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 또는 제한사항

- 귀하는 개인정보제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없음.

다만, 위 제공사항은 응시자의 서류(면접)심사에 반드시 필요한 사항임을 알려드립니다.

개인정보 수집 • 이용에 동의하십니까?

□ 동의함.

☐ 동의하지 않음.

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 이용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리부서(책임자)를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있음

「개인정보보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의함.

2023 년 1월 1일

동의자 성명 : (인)

경상북도안동의료원 임원추천위원회 위원장 귀하

성범죄 경력 조회 동의서

대상자	성 명(외국인의 경우 영문으로 작성)
	주민등록번호(외국인의 경우 외국인등록번호/국적)
	연락처(휴대전화 등)

본인은 경상북도안동의료원(시설)(예: 유치원, 어린이집, 아동복지시설, 청소년쉼터, 청소년활동시설, **의료기관** 등) 취업자(취업예정자)로서, 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제56조 및 같은 법 시행령 제25조에 따른 성범죄경력 조회에 동의합니다.

년 월 일

동의자 (서명 또는 인)

경상북도지사 귀하

유의사항

- 개인정보 수집항목: 성명, 주민등록번호(외국인의 경우 외국인등록번호 및 국적)
- 개인정보 제공 거부에 따른 제한사항: 귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으나, 동의 거부 시에는 취업에 제한을 받을 수 있습니다.
- 개인정보의 수집·이용 목적: 수집된 개인정보는 성범죄 경력조회 신청 등을 위하여 사용됩니다.
- 동의자가 2인 이상일 경우에는 뒤쪽에 일괄하여 작성할 수 있습니다.

범죄경력 조회 동의서

대상자	성 명	(한글)		(자국어)	
		(한자)		(영문)	
	주민등록번호	-		외국인인 경우: 국적 과 여권번호 또는 외국인등록번호	
	주 소				
	전화번호	자택:		휴대전화:	

본인은 가정위탁보호를 희망하는 사람으로서, 「아동복지법」 제15조제8항, 같은 법 시행령 제20조제2항 및 같은 법 시행규칙 제9조제2항에 따라 범죄경력 조회에 동의합니다.

이
한
문

동의자 (서명 또는 인)

경상북도지사 귀하

유의사항

※ 대상자가 외국인인 경우 한글과 자국어·영문의 성명, 국적과 함께 여권번호 또는 외국인등록번호를 적습니다.

아동학대관련범죄 전력 조회 요청서(본인) *의료인만 작성

※ 색상이 어두운 란은 요청인이 작성하지 않고, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일시	처리기간	즉시
요청인 (대상자)	성명(외국인인 경우 영문명)		
	주민등록번호(외국인인 경우 외국인등록번호/국적)	면허번호(의료인인 경우에만 해당합니다)	
운영예정 또는 취업(예정) 기관 정보	기관명	주소	
	조회용도 [] 운영하려는 자 [] 취업(예정)자 (직종:)	(전화번호:)	
※ 예시: 보육교사, 의사, 간호사 등			

「아동복지법」 제29조의3 및 같은 법 시행령 제26조의5에 따라 본인의 아동학대관련범죄 전력 조회를 요청하오니 그 결과를 회신해 주시기 바랍니다.

년 월 일
요청인 (서명 또는 인, 정보통신망 이용 시 생략 가능)

경찰서장 귀하

첨부서류	1. 신분증명서(주민등록증 또는 운전면허증 등) 사본 1부 2. 아동관련기관을 운영하려는 자: 운영하려는 시설 또는 기관이 아동관련기관임을 증명하는 서류 1부 3. 취업자등: 아동관련기관의 취업자등임을 증명하는 서류 1부	수수료 없음
------	---	-----------

행정정보 공동이용 및 개인정보보호 수집·이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 운영하려는 시설 또는 기관이 아동관련기관임을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않거나 확인이 되지 않는 경우에는 요청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

아동관련기관을 운영하려는 자 서명 또는 인

유의사항

- 대상자가 외국인인 경우 성명은 영문으로 적고, 주민등록번호란에는 외국인등록번호(외국인등록번호가 없는 경우 생년월일과 여권번호) 및 국적을 적습니다.
- 운영하려는 시설 또는 기관이 아동관련기관임을 증명하는 서류 및 아동관련기관의 취업자 등임을 증명하는 서류는 아동관련기관의 인·허가증 사본, 재직증명서 등을 말합니다.

처리절차

