

서울특별시 서울의료원 임원(비상임이사) 공개모집(안)

서울특별시 서울의료원 임원(비상임이사)를 다음과 같이 공개모집하오니 많은 응모를 바랍니다.

2021. 5. 24.

서울특별시장

1 임용예정 직위 및 인원, 주요업무 내용

- 임용 직위 및 인원: 서울특별시 서울의료원 임원(비상임이사) 1명
※ 단, 지역보건의료계 추천이 있어야 함
- 주요업무 내용
 - 서울특별시 서울의료원의 임원으로서 정관 변경에 관한 사항 등 이사회 회의에 참석·의결하여 의료원 운영 관리를 지원
 - 『지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률』, 서울특별시 서울의료원 설립 및 운영에 관한 조례 및 서울의료원 정관과 관련된 모든 규정 등에서 정한 임무를 성실하게 수행할 의무를 가짐

2 임기: 임용일로부터 3년 (『서울특별시 서울의료원 정관』 제7조 제1항)

3 임용절차: 서울의료원 임원추천위원회에서 공개모집하여 심의

- 추천한 이사 후보자 중에서 서울특별시시장의 승인을 받아 서울의료원장이 임명

4 응모자격 요건

- 『지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률』 제11조에 의한 결격사유에 해당되지 아니하고, 다음의 자격기준을 갖춘 자
 - 서울의료원의 설립 목적과 비전을 직원들과 함께 실천할 수 있는 리더십과 운영 관리 능력이 있는 분
 - 공공의료서비스 향상과 병원경쟁력 강화에 관심이 있는 분
 - 봉사정신이 투철하고 도덕성·청렴성에 결격사유가 없는 분
 - 지역보건의료계 추천을 받은 자
- ※ 『지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률』 제8조 제4항의 규정에 의거 응모자격 요건을 제한 함

5 응시원서 교부·접수

- 교부기간: 2021. 5. 24(월) ~ 6. 7(월) 18:00까지 (15일간)
 - 접수기간: 2021. 5. 24(월) ~ 6. 7(월) 18:00까지 (15일간)
 - 원서교부 및 접수처: 서울특별시 보건의료정책과 (방문 접수에 한함)
- ※ 서울특별시 중구 세종대로 110 서울시청 4층 보건의료정책과 시립병원운영팀

6 제출서류

- 응시원서
 - 서울의료원 임원 지원서(자격증 및 경력증명서 첨부)
 - 자기소개서 1부
 - 직무수행계획서 1부
 - 지역보건의료계(단체) 추천서 1부(별도 서식은 없으며, 서울의료원 비상임이사 응모용으로 발급)
- ※ 응시원서·이력서 및 자기소개서 서식은 서울시 홈페이지(www.seoul.go.kr)에서 내려받아 사용하시기 바랍니다.

7 후보자 선정 방법

- 서울특별시 서울의료원 임원추천위원회에서 정한 심사기준에 의하여 서류 심사 및 면접 심사를 거쳐 선정

8 기 타

- 제출된 서류는 반환하지 않으며, 기재된 내용이 사실과 다른 경우 임명을 취소할 수 있습니다.
- 서류를 제출한 응시 후보자인 경우라도 면접심사에 참석하지 않으면 탈락처리합니다.
- 비상임이사는 회의참석 시 수당만 지급합니다.
- 금번 비상임이사 공개모집은 **지역보건의료계 추천**으로 지역보건의료 단체 추천서를 받아야 합니다.
- 기타 상세한 내용은 서울특별시 보건의료정책과(시립병원운영팀 ☎ 02-2133-7522, 7517)으로 문의하시거나 서울시 홈페이지 (www.seoul.go.kr)를 참고하시기 바랍니다.

<별지 1>

(앞면) **응 시 원 서**(원본)

서울특별시 서울의료원 임원추천위원회 귀하

본인은 서울특별시 서울의료원 비상임이사 공개모집에 원서를 제출하며 다음 사항을 서약합니다.

아래 기재사항은 사실과 다름이 없으며 만일 응시결과에 부당한 영향을 끼칠 목적으로 허위 사실을 기재하였을 때에는 관계 법령에 의거 응시는 정지 또는 무효가 되고 향후 5년간 응시자격이 정지되어도 이의를 제기하지 않겠습니다.

2021년 월 일

뒷면 응시 원서 작 성 요 령 을 참 조 하 여 작 성 할 것	주 소													
	전화번호						휴대전화							
	전자우편													
	※ 응시 번호				성 명	(한글)								
				(한자)										
주민 등록 번호													-	
앞 번호만 표시 바랍니다														

	응 시 원 서(부분) 서울특별시 서울의료원 비상임이사공개모집										사 진 (1) 6개월 이내에 촬영한 탈모 상반신 사진 (3.5Cm×4.5Cm)으로 2매 모두 동일원판 이어야 함			
	※ 응시 번호				성 명	(한글)								
				(한자)										
	주민 등록 번호												-	
	앞 번호만 표시 바랍니다.													

	응 시 표		성명	(한글)							사 진 (2) 6개월 이내에 촬영한 탈모 상반신 사진 (3.5Cm×4.5Cm)으로 2매 모두 동일원판 이어야 함			
				(한자)										
	※ 응시 번호				주민 등록 번호							-		
				앞 번호만 표시 바랍니다.										
			2021년 월 일 서울의료원임원추천위원회											
주 의 사 항 1. 응시표를 받는 즉시 응시번호와 사진위의 철압인 날인 여부를 확인하여야 합니다. 2. 응시표를 분실하였을 때는 사진 1매를 가지고 면접일 전일까지 서울특별시 시민건강국 보건의료 정책과에 오시면 재교부 받을 수 있습니다. 3. 서류심사 합격자는 응시표, 신분증을 지참하고 면접시험 10분 전까지 면접장소에 도착해야 합니다.														
보완사항		를(을) 월 일까지 보완하여야 합니다.												

(뒷면)

응시원서 작성요령

1. 응시원서 작성 시 응시자 부주의로 인한 잘못된 기재나 표기는 응시자 본인의 불이익이 됩니다.
2. 『응시원서』는 아래의 《작성요령》에 따라 작성합니다.

《작성요령》

- ① 주 소: 현재 거주하는 곳을 정확히 기재합니다.
- ② 성명·주민등록번호·전자우편·(휴대)전화: 빠짐없이 정확히 기재하여야 합니다.
※ 연락처를 잘못 기재하여 연락을 못 받아 면접 등에 참여 못한 경우에는 응시자의 귀책 사유입니다.
- ③ 사진: 6개월 이내에 촬영한 탈모 상반신 사진(3.5cm×4.5cm)으로 동일 원판이어야 합니다.
- ④ 응시번호는 서울특별시 임원추천위원회에서 접수 순번에 따라 번호를 부여하므로 기재하지 않습니다.
- ⑤ 접수 완료된 응시원서는 반환하지 않습니다.

<별지 2>

서울의료원 임원(비상임이사) 지원서

□ 개인신상 정보

성명	한글			생년월일	(세)	
	한자			주민등록번호		
현주소						
현소속		기관 및 부서:			직위:	
연락처	자택	사무실		이동전화	전자우편(E-mail)	
병역	군필여부			기타사항		
	최종계급					

□ 직무관련 정보

구 분	내 용
직무에 대한 이해 및 지원 동기	<p>자신의 지식·경험·경력 등 신청 직위와의 관련성을 중심으로 해당 직위에 대한 소견, 지원동기, 직무수행 방향 및 비전 등을 간단하게 기재하여 주십시오.</p> <p>(별지 추가 작성 가능)</p>

□ 교육배경

구 분	내 용				
학력 및 전 공	학교명	입학년도	졸업년도	전 공	학 위
논문, 저술, 수상실적 등					

※ 대학 및 대학원 졸업·수료·중퇴·재학인 신청인은 출신대학 및 대학원 모두 기재
- 수료·중퇴·재학의 경우 졸업년도 란에 해당사항 기재

□ 기술 및 자격

구 분	내 용	
자격증	종류	등록번호
어 학	종류	점수 또는 수준
보유 자격 또는 기술		

2021년 월 일

지원자:

(인 또는 서명)

<별지 3>

자 기 소 개 서

주요경력	기 간	소 속	직 책	기 타

귀하의 경력과정, 공공보건의료분야 전문지식과 경험, 리더십과 현재까지 달성한 업적과 장점 등을 평가할 수 있도록 기술하여 주십시오(필요시 별지 사용 가능)

<별지 4>

직 무 수 행 계 획 서

○ 양식: 별도 양식 없음

○ 작성요령

- 특별한 양식 없이 지원자가 자유롭게 기술하되
 - ① 서울의료원의 현황과 전망
 - ② 병원 경쟁력 제고 방안
 - ③ 서울시 공공보건의료정책 수행에 있어서의 서울의료원의 위상과 역할
 - ④ 조직 관리 및 노사 화합방안 등이 포함된 사업 목표, 추진 전략, 수단, 방법, 추진 일정 등이 포함되도록 작성
- 분량은 A4용지 3장 이내로 하고 한글 또는 MS워드를 사용하여 작성
- 글자 크기는 14포인트 이상으로 작성하여 시인성을 확보할 것
- 보고서 매장마다 쪽 번호를 부여

<별지 5>

추천서

- 지역보건의료단체 추천서
- 양식: 별도 양식 없음
- 기타 사항
 - **보건의료단체 추천서는 별도 서식 없으나 지역 보건의료단체장의 직인이 날인되어 있어야 함**