2024년 제1회 우정9급(집배) 공무원 상시경력경쟁채용시험 최종합격자 명단 공고

충청지방우정청 시행 **2024년 제1회 우정9급(집배) 공무원 상시경력경쟁채용** 최종합격자 명단을 다음과 같이 공고합니다.

2024년 5월 10일

충청지방우정청장

1 최종합격자

가. 합격인원: 10명

나. 합격자 명단 ※ 모집구분 단위 우체국 편제 및 응시번호 순 게재

모집 구분	모집단위	모집 인원	합격 인원	합격자 응시번호
일반	아산	2	**2**	**아산-1, 아산-2**
	서산	6	**3**	**서산-1, 서산-2, 서산-4**
	당진	8	**5**	**당진-1, 당진-2, 당진-3, 당진-4, 당진-5**

[이상 10명]

2 임용 시 제출해야 하는 서류

가. 임용시기 및 서류제출 일정: 추후 채용예정관서에서 개별 통보

나. 제 출 처: 채용예정관서의 인사담당 부서

우체국명	전화번호	주소	우편번호
아산	041-538-2081	**충청남도 아산시 시민로455**	**31508**
서산	041-661-6649	**충청남도 서산시 율지16로 48**	**31993**
당진	041-360-2582	**충청남도 당진시 당진중앙2로 158**	**31776**

임용 시 제출하여야 할 임용 관계 서류

① 기본증명서(상세) 및 가족관계증명서(상세)1부

※ 주민등록번호가 뒷번호까지 모두 기재된 것, 최근 3개월 내 발급

② 주민등록초본 1부(남자의 경우 군 병적사항 기재된 것) → 호봉산정 시 참고

※주민등록번호가 뒷번호까지 모두 기재된 것, 최근3개월 내 발급, 주소이력 전체 기재된 것

③ 공무원 채용 신체검사서 1부 [서식 1] ※ 주민등록번호 뒷번호까지 모두 기재

④ 최종학교 졸업(재학 · 휴학 · 재적) 증명서 1부

⑤ 경력증명서(공무원 또는 유사경력자) 1부 ※ 공무원 경력 및 호봉 산정 시 필요

- 공무원 경력증명서, 병적증명서(초본에 병역사항 포함되지 않을 시), 그 외 유사경력을 증빙할 수 있는 경력증명서 등

⑥ 운전경력증명서, 운전면허 자격증(조회용 사본) 각 1부

⑦ 정보화 자격증 사본 각 1부(해당자 한)

⑧ 행정정보 공동이용 사전 동의서 1부 [서식 2]

⑨ 증명사진(반명함판) 1매

3 임용시기 및 교육일정 안내

가. 채용후보자(최종합격자)는 기본교육훈련 과정 수료 후 임용 예정

- 교육기간: (1차) 5. 20.(월) ~ 5. 24.(금), (2차) 5. 27.(월) ~ 5. 31.(금)
- 교육방법: 집합교육

나. 임용시기는 채용예정 관서우체국별로 개별 통보

다. 교육 관련 문의는 충청지방우정청 인력계획과 교육담당(☎042-611-1279)에게 문의하시기 바랍니다.

서식1 신체검사용 채용 신체검사서

■ 공무원 채용 신체검사 규정 [별지 제1호서식] <개정 2021. 1. 5.>

(앞쪽)

신체검사용 채용 신체검사서

※ 뒤쪽의 유의사항 및 작성방법을 읽고 작성해 주시기 바랍니다.

① 구 분	② 시험실시기관	③ 응시직명	④ 응시번호	⑤ 성 명		사 진 (3.5㎝ × 4.5㎝) ※ 압인 또는 계인
⑥ 검사 시						
⑦ 재사용				⑧ 주민등록번호		

검 사 내 용

키	cm		체 중	kg	
허리둘레	cm		혈 압		
(교정)시력	좌: ( ) 우: ( )	색 신 (색 각)		(교정)청력	좌: ( ) 우: ( )
종 양 질 환			이비인후질환		
호 흡 기 질 환			심 혈 관 질 환		
소 화 기 질 환 (간 질 환 포함)			신장/비뇨기계질환		
내 분 비 질 환			혈 액 질 환		
신 경 질 환			피 부 질 환		
근골격계 질환			안 질 환		
정 신 질 환			흉부X선 검사		
기 타					

위와 같이 검사했습니다.

년 월 일

검사자(담당의사) (서명 또는 인)

검사 결과 합격 여부	[ ]합 격 [ ]판 정 보 류	합격 사유	
판정보류 사유 (질환명 및 재신체검사 필요 사유 등)	* 필요시 소견서 별도 첨부		

「공무원 채용 신체검사 규정」에 따라 위와 같이 판정했음을 증명합니다.

년 월 일

검진기관의 장 (서명 또는 인)

유효기간	판정일부터 1년

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡)]

유의사항 및 작성방법

[응시자]

1. 응시자는 굵은 선 안에만 정확하게 적어야 합니다.
   가. ②란은 시험실시기관을 적어야 합니다.
   (예: 인사혁신처, 국세청 등)
   나. ③란에는 응시한 직명을 적어야 합니다.
   (예: 9급 세무직, 7급 전기직 등)
   다. ⑦란은 신체검사 후 1년 이내에 같은 직렬의 다른 시험에 응시하는 등의 사유로 다시 사용할 경우에 적어야 합니다.

2. 응시자는 굵은 선 안쪽의 사항을 모두 적은 후에 신체검사서를 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)과 함께 신체검사를 실시하는 검진기관에 제출해야 합니다.

   ※ 응시자는 본인 질환에 대해 별지 제2호서식의 전문의 소견서를 미리 제출할 수 있습니다.

[검진기관]

1. 응시자의 사진에는 반드시 압인(押印: 도장을 눌러 찍음) 또는 계인(걸침도장)을 해야 합니다.
2. "검사 내용"란은 검사자가 검사 결과를 적고 확인해야 합니다.
   가. 검사 결과 기재의 예: 질병명(심부전증, 백혈병, 척수종양 등)을 적거나 "정상", "양호", "이상 없음" 등으로 적어야 합니다.

   ※ 필수사항: 질병이 있는 경우 "합격" 또는 "불합격"과 관계없이 반드시 질병명을 적어야 합니다.

   ※ 검진기관에서는 필요시 병원에서 건강검진을 위해 활용하고 있는 문진표를 채용 신체검사에 활용할 수 있습니다.

   나. 임산부나 흉부X선 검사를 받을 수 없는 특별한 건강상의 이유가 있는 응시자에 대해서는 흉부X선 검사를 면제할 수 있으며, 이 경우 면제 사유를 흉부X선 검사 항목에 적습니다.
   - (작성 예시) 임산부인 경우 "임신으로 인해 흉부X선 검사 면제"라고 적습니다.

3. "검사 결과 합격 여부"란 등에는 신체검사를 실시한 검진기관의 장이 판정 결과 등을 해당 []안에 "√"로 표시하고 그 사유 등을 적어야 합니다.

   ※ 응시자가 본인 질환에 대해 전문의 소견서를 미리 제출한 경우 판정에 참고합니다.

   가. 합격 사유 기재의 예

   - '신체검사 불합격 판정기준' 에 해당하지 않음
   - 0000 질환에 해당하나 000000한 이유로 정상적인 업무수행이 가능함
     (예시: '만성골수성백혈병' 에 해당하나 글리벡 복용 후 세포유전학적 완전 관해(官解)에 도달하여 정상적인 업무수행이 가능함)

   나. 판정보류 사유 기재의 예

   - 0000 질환에 대해서는 000000한 이유로 정상적인 업무수행이 가능할지 의심되므로 000000 분야 전문의의 재신체검사 필요 (예시: 중추신경계 염증성 질환이 있는 경우로 팔다리가 쇠약하여 정상적인 업무수행이 가능할지 의심되므로 신경과 분야 전문의의 재신체검사가 필요함)

   ※ 응시자의 질환이 '신체검사 불합격 판정기준' 에 해당하는지에 대해 판단이 곤란한 상황으로 관련 분야의 전문의가 재신체검사를 실시해야 한다고 판단되는 경우에 판정보류로 기재합니다.

4. 검사 결과에 대한 판정은 「공무원 채용 신체검사 규정」에 따라야 합니다.

서식2 **행정정보 공동이용 사전 동의서**

행정정보 공동이용 사전동의서

1. 이용기관: _____우체국장

2. 이용사무(이용목적) : 공무원임용 결격사유 조회 (국가공무원법 제33조 관련)

3. 공동이용 행정정보(구비서류)

연번	행정정보명	연번	행정정보명
	결격사유 유무 조회		
	범죄경력 조회		

※ 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보 보호법」 시행령 제19조에 따라 **주민등록번호**, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 **포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다.** 이용기관이 요청하는 경우 기재하여 주십시오.(필요시 기재사항)

(■주민등록 □여권 □외국인등록 □운전면허) 번호 :

4. 정보주체(본인) 동의사항

○ 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.

※ 만일, **본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에는 공무원 임용 결격사유 확인이 어려워 공무원 임용절차를 진행할 수 없음을 알려드립니다.**

년 월 일

대상자 본인

성 명 : (서명 또는 인)

생년월일 :

전화번호 :