

社会福祉法人 加古川市社会福祉協議会 職員採用試験受験要項
(募集要項)

令和3年度採用 職員採用試験を下記のとおり実施します。

記

1. 採用予定人員 社会福祉協議会職員（相談支援業務経験者） 正規職員2名程度
2. 採用予定日 令和3年4月1日付
3. 職務内容 主に相談支援に関する業務

相談支援	<ul style="list-style-type: none">・ 成年後見制度利用支援等の権利擁護支援に携わる業務・ 計画相談支援に携わる業務・ 障害福祉に関する総合的かつ専門的な相談支援に携わる業務・ 生活困窮者支援に携わる業務
------	---

※採用後、配属により具体的な業務を決定します。

※本会事業については、公式サイト (<http://www.kakogawa-shakyo.jp/>) をご覧ください。

4. スケジュール

(1) 申込受付期間

令和2年10月1日（木）～令和2年10月30日（金）正午（必着）

（窓口受付時間）

月～金曜日 午前9時00分～午後5時00分（祝日除く）

(2) 申込受付方法

提出書類を加古川市社会福祉協議会窓口に提出するか、郵送で提出してください。

5. 受験手続

(1) 受験資格

④**年齢要件** 昭和 50 年 4 月 2 日以降に生まれた人（満 45 歳以下）
（長期勤続によるキャリア形成を図ることを目的とするため）

⑤**資格及び経験等の要件** ※以下の全ての要件を満たす人

- ①社会福祉士、精神保健福祉士、看護師、保健師、公認心理師のいずれかの国家資格を有する人
- ②相談支援専門員の資格を有する人又は令和 2 年度相談支援従事者初任者研修の受講資格を有する人
- ③普通自動車運転免許（AT 限定可）を有する人
- ④パソコンの一般的な操作ができる人（word、excel は初級程度）

ただし、資格及び免許の取得は、令和 3 年 3 月 31 日までに取得見込みも可。

(2) 提出書類

①職員採用試験受験申込書（本会指定様式）

②小論文

- ・テーマ 『私が考える相談支援とは』
- ・文字数 1,200 字（前後 2 割は可能／960～1,440 文字）
- ・様式 本会所定の様式に自筆又はパソコンで作成

※氏名は必ず記入してください。記入がなければ、選考試験対象外とします。

③封筒 1 通（受験結果通知用）

- ・定形「長形 3 号（縦 235 mm×横 120 mm）」封筒に受験者本人の氏名及び住所を記入の上、84 円切手を貼付してください。

6. 採用試験

(1) 提出書類、小論文、面接試験による審査

(2) 面接試験の概要

日時 令和2年11月16日(月)又は11月17日(火)の10:00~17:00
(日時については、本会が指定します)

内容 個別面接1人約20分

場所 加古川市総合福祉会館

備考 合否の結果は、令和2年11月24日(火)午後に郵送する予定です。
令和2年11月30日(月)になっても届かない場合はご連絡ください。

7. 雇用条件

(1) 勤務等 原則月~金曜日 週5日勤務 午前8時30分~午後5時15分
※土曜日・日曜日の勤務有：振替休暇扱い

(2) 休日 土・日・祝日・年末年始(加古川市社会福祉協議会就業規則による)
※年次有給休暇有

(3) 給料等

①給料月額 187,200円~358,700円(経験や資格による)

②諸手当 通勤手当、住居手当、資格手当、時間外勤務手当、賞与等
※各種手当の支給には条件があります

③福利厚生等 健康保険、厚生年金保険、雇用保険への加入
全国社会福祉協議会職員退職手当積立基金への加入
民間社会福祉事業職員互助会への加入
福利厚生センターへの加入
勤労者福祉サービスセンターあいわーくかこがわへの加入

8. 個人情報の取り扱い

提出された書類は、加古川市社会福祉協議会の採用試験のみに利用し、それ以外の使用はいたしません。なお、提出された書類はお返しできませんのでご了承ください(採用試験終了後、破棄処理します)。

9. 書類提出先及び問合せ先

〒675-8577

兵庫県加古川市加古川町寺家町177-12 加古川市総合福祉会館内
社会福祉法人 加古川市社会福祉協議会 採用試験担当者（徳西・長谷川）
TEL 079(424)4318 / FAX 079(425)4711

(問合せ時間)

月～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（祝日除く）

職員採用試験受験申込書

受付	*事務局記入欄	ふりがな	性別	受験番号
		氏名	男・女	*事務局記入欄
		生年月日 昭和・平成 年 月 日	生まれ（満 歳）	

現住所	〒 — — — — — 【固定電話】 — — — — — 【携帯電話】 — — — — —	写 真 ・ 申込前6か月以内に撮影したもの ・ 上半身、正面向き ・ 縦4.0cm×横3.0cm
結果通知先	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ場合はチェック。違う場合のみ記入。 〒 — — — — — 【電話】 — — — — —	

学歴	学校名	学部・学科名	在学期間	修学区分
		中学校		年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退

職歴	勤務先	職務内容	在籍期間	勤務形態
				年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月	週（ ）日勤務
			年 月～ 年 月	週（ ）日勤務
			年 月～ 年 月	週（ ）日勤務
			年 月～ 年 月	週（ ）日勤務

資格・免許	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日

（裏面に続く）

以下の該当する項目に、チェックをお願いします。

(1) 資格・経験等（以下の全ての要件を満たすことが必要です）

該当するもの全てにチェックしてください。一つでもチェックが入らない項目があれば受験申し込みができません。

社会福祉士、精神保健福祉士、看護師、保健師、公認心理師のいずれかの国家資格を有する人

相談支援専門員の資格を有する人又は令和2年度相談支援従事者初任者研修の受講資格を有する人

普通自動車運転免許（AT 限定可）を有する人

パソコンの一般的な操作ができる人（word、excel は初級程度）

* 資格及び免許については、令和3年3月31日までに取得見込みを含む

以上の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 (自署)

【記入上の注意】

1. 記入は、すべて本人の自筆により、黒のボールペン等で記入してください。
2. 事務局記入欄以外は、すべて記入してください。
(該当のない場合は「なし」と記入してください)
3. 記載事項に不正があると、採用資格を失うことがあります。