

社会福祉法人大泉町社会福祉協議会

職員募集案内

令和元年10月1日採用予定の社会福祉法人大泉町社会福祉協議会職員募集の案内です。募集内容、受験資格等について、よくお確かめのうえお申込みください。

なお、お申し込みの際は、記入事項、押印等漏れないようご注意ください。

【募集職種、募集人数及び業務内容】

募集職種	募集人数	業務内容
1 保健師 又は 主任介護支援専門員	1名	本会が運営する地域包括支援センターの業務、社会福祉関係事業の企画推進、調査研究、情報提供などの地域福祉業務、広報、経理などの法人運營業務及び地域活動支援センター、心身障害者等デイサービスセンター、老人福祉センターの業務等

【求める人材】

社会福祉に対して熱意があり、高い誇りと強い使命感をもって職務に取り組み、地域福祉の増進並びに大泉町民の福祉の向上のために努力を惜しまず、自ら幅広い見識の習得と職務能力の向上に努めることができる人

【募集受付期間】

令和元年6月10日（月）から令和元年7月23日（火）

午前8時30分から午後5時15分まで ※必着

※土・日、祝日を除く

【採用試験日】

1次試験日 令和元年8月3日（土）

2次試験日 令和元年8月31日（土）

【採用日】

令和元年10月1日

1 受験資格

<p>次のすべてを満たす人</p> <ul style="list-style-type: none">(1) 保健師又は主任介護支援専門員の資格を有する人(2) 昭和59年4月2日以降に生まれた人(3) 普通自動車運転免許を有する人 (AT可)
<p>以下に該当する人は受験できません</p> <ul style="list-style-type: none">① 成年被後見人又は被保佐人② 禁固以上の刑に処せられて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人③ 本会、その他社会福祉を目的とする事業団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分を受けた日から2年を経過しない人④ 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人

2 受験申込み手続き

受付期間	令和元年6月10日(月)から令和元年7月23日(火) 受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで ※必着 ※土・日、祝日を除く
提出・請求先	持参又は郵送 〒370-0523 群馬県邑楽郡大泉町吉田2465 大泉町保健福祉総合センター内 社会福祉法人大泉町社会福祉協議会 職員採用係 ※郵送の場合は、簡易書留とし、封筒の表に赤字で「職員採用試験申込」と書き、郵送してください。
提出書類	<ul style="list-style-type: none">① 受験申込書(指定様式)② 写真を添付した自筆の申込書(指定様式)③ 郵便ハガキ(表：住所、氏名を記入、裏：白紙)④ 保健師又は主任介護支援専門員の資格証の写し
募集案内 請求方法	窓口にお越しいただくか、封筒の表に赤字で「職員募集案内希望」と書き、返信用角2封筒(表に郵便番号、住所、氏名を記入し140円切手を貼ったもの)を同封し郵送で請求してください。 ※郵送での請求は7月9日(火)までをお願いします。 返信用封筒に切手貼付のないもの、切手金種不足のものについては返送いたしません。 ※受験案内、受験申込書は、本会ホームページからも入手できます。 http://www.oizumishakyo.or.jp/
その他	受験票は、7月23日(火)頃までに発送いたします。 7月29日までに受験票が届かないときは、お問合せください。

3 試験日時・会場・合格発表

試験	試験日時	会場	合格発表
1次試験	令和元年8月3日(土) 午前9時30分から 午後3時予定	群馬県邑楽郡 大泉町吉田 2465	受験者全員に文書で通知します ※2次試験は、1次試験合格者に対して実施します
2次試験	令和元年8月31日(土) 午前9時30分から 午後3時予定	大泉町保健福祉 総合センター北 棟 研修室 1	

※試験終了時刻は、予定ですのでご了承ください。

※1次試験結果については、8月9日(金)までに郵送いたします。

※2次試験の合格発表日は、9月9日(月)までにお知らせいたします。

4 試験の方法及び内容

試験	試験科目	内 容
1次試験	教養試験	社会福祉協議会職員として必要な基本的思考力・理解力・判断力を測定するため、大学卒業程度の一般知識と社会人としての素養についての試験
	適性検査	事務の正確さや迅速さ等の作業能力及び職務や職場への適応性についての検査
2次試験	人物試験	面接を行い、人物についての試験
	論文試験	社会福祉協議会職員として必要な課題に対する表現力、思考力についての試験

※いずれかの試験種目において一定の点数に達しない場合は、原則として他の成績に係わず不合格となります。

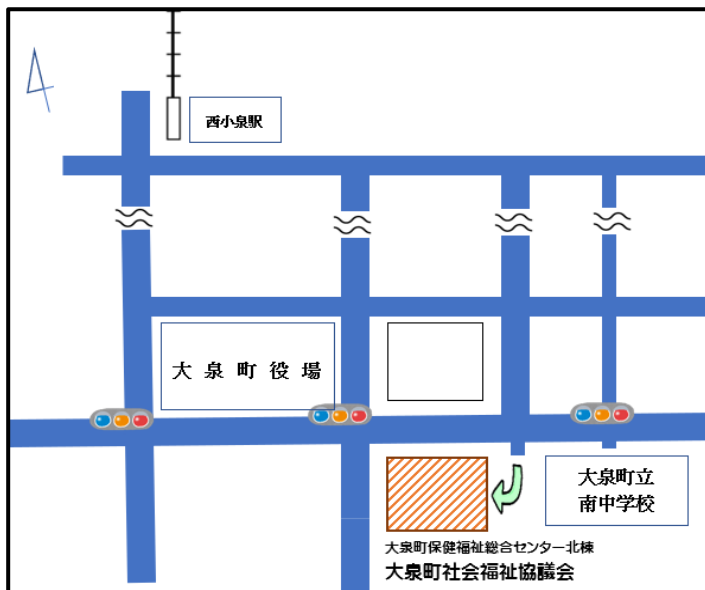
5 勤務条件等

勤務時間	月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分
休日	土曜日、日曜日、国民の祝日、12月29日から翌年1月3日まで
給与	基本給 本会給与規定による。※参考大卒初任給 180,700円 (業務経験加算があります) 手当 支給要件に該当する人には、扶養手当、通勤手当、住居手当、時間外勤務手当、期末勤勉手当を支給します。 ※社会保険 健康保険、厚生年金、雇用保険及び退職金制度あり

6 その他

- ① 採用試験において取得した個人情報は、採用試験及び採用に関する事務以外の目的では使用しません。
- ② 採用試験の配点基準及び選考結果は、原則として非公開とします。
- ③ 選考結果についての問合せについては、お答えできません。
- ④ 応募関係書類は返却しません。(本会事務処理規程に基づき、責任を持って適切に処理します。)
- ⑤ 試験に係る交通費は、受験者の負担とします。

7 会場案内



東武小泉線西小泉駅から徒歩約 20 分

8 問合せ先

〒370-0523

群馬県邑楽郡大泉町吉田 2465

社会福祉法人大泉町社会福祉協議会

職員採用係

TEL0276-63-2294 FAX0276-63-5528

<http://www.oizumishakyo.or.jp/>

社会福祉法人大泉町社会福祉協議会 職員採用試験受験申込書

太枠内について、年月日、氏名をかい書で記入してください。

令和 年 月 日

社会福祉法人 大泉町社会福祉協議会長 様

氏 名 _____ ①

私は、社会福祉法人大泉町社会福祉協議会職員募集案内を確認し、採用試験の受験を申込みいたします。

1 職 種

保健師

主任介護支援専門員

2 添付書類

応募申込書（自筆、写真添付）※指定様式1、2

郵便ハガキ（表：住所、氏名を記入、切手62円貼付 裏：白紙）

資格証写し

※以下の枠内は、記入しないでください。

受付年月日・時間	職 種	受付者
令和 年 月 日 () 時間 :	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員	

受付番号 (受験番号)	
-------------	--

指定様式 1

大泉町社会福祉協議会職員応募申込書

受験番号

所定欄に、黒インクまたは黒のボールペンで、かい書で丁寧に記入してください

ふりがな		
氏名	(姓)	(名)
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	性別
年齢	(令和元年10月1日現在 満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女

写真欄

たて4cm×よこ3cm
上半身・脱帽・正面
向きで、最近3か月
以内に写した写真を
添付してください。

※カラー・モノクロ可

※それぞれ、を入れてください。

現住所	〒 -		
	電話番号	- -	携帯番号
現住所以外 の連絡先	現住所と異なる連絡先(帰省先等)がある場合は、記入してください。		
	〒 -		
結果等送付先	電話番号		
	- -		
結果等送付先 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 現住所以外の連絡先			

※住所は都道府県から記入してください。結果等送付先に、を入れてください。

学歴	学校名	学部・学科・専攻	在学期間	修学区分
	(最終学校)			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退

※修学区分に、を入れてください。

職歴	勤務先	職務内容	在職期間	雇用形態
	(最終勤務先)			年 月から 年 月まで
<input type="checkbox"/> なし			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	

※職歴欄には、アルバイト勤務を含めないでください。なしの場合はを入れてください。

家族構成	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	扶養親族	<input type="checkbox"/> 有 (人) ・ <input type="checkbox"/> 無
------	-----	---	------	---

※それぞれ、を入れてください。

指定様式 2

資格・免許等	名称・種類	取得年月日	資格・免許等の取扱期間
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
志望の動機			
自己PR等 (長所、趣味 特技、健康 状態等)			

<p>私は、受験案内に掲げる受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 印</p>
--

※記載事項に虚偽または不正があることが判明した場合は、受験を取り消します。

社会福祉法人 大泉町社会福祉協議会