



社会福祉法人

十日町福祉会

## 新卒者募集要項



### 経営理念

「十日町福祉会は、社会福祉事業を通じて、多様な福祉課題に積極的かつ主体的に取り組み、地域社会の豊かな発展と充実に貢献します。」

## 1 採用の基本方針（求める人物像）

- (1) 法人の理念を理解し、その実現に向け主体的に考え、行動できる職員
- (2) 法人で働くことにより、自己実現に挑戦できる職員
- (3) 法人で働くことを誇りに思い、仕事への夢を語ることのできる職員

## 2 職種・人員・受験資格

職種	人員	受験資格	
介護職員	20名	高卒以上 (31年3月31日卒業見込者を含む)	普通自動車免許 介護福祉士 介護職員初任者研修 ※資格のない方は、入職後介護職員初任者研修を受講して頂きます。
支援員	5名		
保育士	若干名	専修学校卒以上 (31年3月31日卒業見込者を含む)	普通自動車免許 保育士及び幼稚園教諭Ⅱ種免許
理学療法士 または 作業療法士	2名	専修学校卒以上 (31年3月31日卒業見込者を含む)	普通自動車免許 理学療法士又は作業療法士免許
保健師 看護師	3名	専修学校卒以上 (31年3月31日卒業見込者を含む)	普通自動車免許 保健師免許 看護師免許又は准看護師免許

※卒業後3年以内の方も受け付けています。

## 3 試験期日・会場・試験科目

- (1) 一次試験（書類審査）
- (2) 二次試験（面接）
  - 期日 平成30年6月1日（金）以降随時
  - 会場 十日町福祉会法人事務局（十日町市水口沢99番地 025-761-7340）

## 4 初任給

- (1) 大学卒 164,650円
- (2) 短大・専修学校卒 151,000円
- (3) 高校卒 140,275円

## 5 諸手当

通勤手当、特殊業務手当（3,000～5,000 円）、処遇改善手当（15,000 円）、夜勤手当（1 回 7,000 円）、資格手当（介護福祉士 7,000 円、保育士 5,000 円、精神保健福祉士／社会福祉士 10,000 円、理学療法士／作業療法士／看護師 20,000 円）

## 6 賞与

年 2 回（6 月、12 月） 3.5 ヶ月～3.7 ヶ月（昨年度実績）

## 7 勤務地

当法人が経営するいずれかの施設（全て十日町市内）

	施設名	住所	
1	特別養護老人ホーム三好園	十日町市	下条
2	特別養護老人ホームあかね園		高原田
3	ケアセンター三好園しんざ		新座
4	複合型介護施設三好園四ツ宮		本町 6
5	複合型介護施設よしだ		南鎧坂
6	ケアハウスみよし台		下条
7	ヘルパーステーション十日町		山野田
8	ケアホームうえの		上野
9	ケアホームげじょう		下条
10	障害者支援施設なかまの家		上野
11	障害者福祉サービス事業所なごみの家		高山
12	障害者福祉サービス事業所ワークセンターなごみ		八箇
13	障害者福祉サービス事業所ワークセンターかわにし		上新井
14	障がい者地域生活支援センターあおぞら		本町 2
15	新座保育園		新座
16	上野保育園		上野

## 8 勤務時間

勤務施設や職種によって異なります。（勤務表による）

例）介護職員 8：00～17：00／22：00～翌 7：00

当法人就業規則によります。

## 9 休日

年間休日 120 日（昨年度実績） 年次有給休暇（初年度 10 日）、特別休暇、育児休業、介護休業、看護休暇 その他当法人就業規則に定められています

## 10 受験申込み手続き

### (1) 提出書類

#### ①社会福祉法人十日町福祉会職員採用試験申込書

- ・申込書はハローワーク、法人の事業所に用意します。また、ホームページに掲載します。

(表裏印刷でお願いします)

#### ②最終卒業学校の卒業証(写)(31年3月卒業見込み者は卒業見込)

#### ③最終卒業学校の成績証明書(31年3月卒業見込み者は最新の証明書)

※既卒者で証明書発行が受ける事ができない者は、申し出て下さい。

#### ④免許・資格がわかるもの(31年4月までに取得見込み者は、見込証明書)

### (2) 提出先

〒948-0144 新潟県十日町市水口沢99番地

社会福祉法人十日町福祉会 宛

※封筒表に「採用試験申込書」と明記して下さい。

### (3) 申込み受付期間

平成30年4月1日より(日)より平成31年2月28日(木)まで

※定員に達した場合は、募集終了となります。

## 11 その他

(1) 既卒者の応募も可能です。

(2) 受験に係る旅費等は支給しません。

(3) 採用試験申込書及び提出書類に記載された個人情報、採用選考及び合否結果の送付の目的以外使用しません。

〒948-0144

新潟県十日町市水口沢99番地

社会福祉法人十日町福祉会

担当：保坂、二瓶

電話 025(761)7340 FAX025(761)7341

E-mail:saiyou@fuku-tokamachi.or.jp



## 社会福祉法人十日町福祉会職員採用試験申込書

職 種	※受験番号	※受付年月日	
フリガナ			男 女
氏 名			女
生年月日	昭和 平成      年      月      日      (      歳)		
住 所  (採用試験 関係文書 送付先)	〒		
	番地		
	電話(                      )      -		
連 絡 先  ※上記以外の 連絡先。	〒		
	番地		
	電話(                      )      -		
学 歴	学 校 名	学部学科名	在 学 期 間
	高等学校		年    月から 卒業・見込 年    月まで 中退
			年    月から 卒業・見込 年    月まで 中退
			年    月から 卒業・見込 年    月まで 中退
			年    月から 卒業・見込 年    月まで 中退
			年    月から 卒業・見込 年    月まで 中退
			年    月から 卒業・見込 年    月まで 中退
職 歴  〔古い方 から順 に記載 する〕	勤務先	職務内容	在職期間
			年    月    日から 年    月    日まで
			年    月    日から 年    月    日まで
			年    月    日から 年    月    日まで
			年    月    日から 年    月    日まで
			年    月    日から 年    月    日まで
備考			

写真貼付箇所

上半身・正面  
無帽・3か月  
以内に撮影  
したもの

縦4cm、横3cm程度

職 歴 (表面から続く)	勤務先	職務内容	在職期間			備 考
			年	月	日から	
			年	月	日まで	
			年	月	日から	
		年	月	日まで		
免許・資格	免許・資格の種類		取得年月日		記号番号	
			年	月	日	
			年	月	日	
			年	月	日	
			年	月	日	
得意科目						
趣味・特技						
スポーツ・クラブ活動・文化活動						
自覚している性格						
賞 罰						
志望の動機 自己PR等						
<p>私は、社会福祉法人十日町福祉会職員採用試験を受験したいので申し込みます。</p> <p>この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">申込者氏名(自書) <span style="float: right;">⑩</span></p>						

(記入上の注意)

- 1 楷書で、黒のインク又はボールペンで記入してください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。
- 3 数字は算用数字を用いてください。