令和3年12月1日付採用予定

社会福祉法人

鹿角市社会福祉協議会職員募集要項

〒018-5201

秋田県鹿角市花輪字下花輪86番地2(鹿角市福祉保健センター向かい)

社会福祉法人 鹿角市社会福祉協議会

<http://kazunoshishakyo.or.jp/>

TEL:0186-23-2165 FAX:0186-23-2850 E-mail:info@kazunoshishakyo.or.jp

社会福祉法人鹿角市社会福祉協議会(以下、「協議会」という。)職員採用試験を次のとおり行います。

1 募集職種及び採用予定人員等

募集職種	採用予定人員	業務内容
事務総合職員 (嘱託職員)	1名	法人運営及び地域福祉事業全般における相談業務、事業の企画運営等の事務総合業務。

2 受験資格

募集職種	受験資格
事務総合職員 (嘱託職員)	<ol style="list-style-type: none">1. 短期大学卒業程度の知識を有する者。(ただし学歴は問わない)2. 社会福祉に関わる様々な課題解決や福祉サービスの向上に熱意を有し、協調性を持ち健康状態が良好である者。 ※社会福祉士、介護福祉士、社会福祉士主事等の有資格者を優先とする。3. パソコン操作が出来る方。(簡単なワード・エクセル操作)4. 普通自動車免許(AT限定可)5. 勤務条件<ol style="list-style-type: none">①採用時期(予定) 令和3年12月1日②勤務時間 月曜日～金曜日 8時30分～17時15分(休憩1時間)③賃金等(当法人の給与規程により支給) 月給 152,350 ~ 賃金その他、期末手当、通勤手当、資格手当を支給します。④社会保険等 社会保険、厚生年金、雇用保険制度はその法律に基づき適用します。⑤退職金制度 秋田県民間社会事業福利協会の退職金制度に加入します。⑥各種休暇 当法人の就業規則並びに育児・介護休業等に関する規程等適用します。

注 欠格事項

次のいずれかに該当する者は受験できません。

- 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、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者
- ③ 日本国憲法施行の日以後において、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者

3 試験方法

試験は事前提出書類と試験当日による作文及び口述面接試験を総合して行います。

試験内容	試験日時	試験会場	合格発表
作文及び口述面接 試験	令和3年11月5日(金) 受付:午後1時00分～ 作文:午後1時15分 ～午後2時15分 面接:午後2時30分～	鹿角市社会福祉協議会 2階 会議室	令和3年11月10日(水) 受験者全員に可否を通知 するほか、協議会ホームペ ージに掲載する。

* 試験当日は各自筆記用具、時計をご持参下さい。(携帯電話は使用できません)

* 作文の課題は当日発表します。(400字原稿用紙 2枚)

* 面接は、事前提出書類を参考に個別面接にて行います。

4 提出書類

- 受験申込書(二つ折り A4サイズ) *用紙は協議会準備のもの
- 資格証明書(受験資格証明書)の写し、卒業見込み証明書(在学中の者)
- 自己アピールシート(400字原稿用紙 1枚) *用紙は協議会準備のもの

5 受験手続

(1)履歴書

所定の受験申込書(二つ折り A4サイズ)は、協議会事務所に準備してあります。これら所定の用紙は、協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

所定の用紙を郵便により請求する場合は、封筒に「試験申込書請求」と朱書きし、受験者のあて先を明記した返信用封筒(角形2号サイズ、A4版)に120円分の切手をはり、同封して協議会へ郵送してください。

(2)受験申込書、資格証明書(受験資格証明書)写し、卒業見込み証明书写し、自己アピールの提出

受験申込書に必要事項を記入し、資格証明書(受験資格証明書)の写し、又は卒業見込み証明書の写しと共に協議会へ提出してください。

なお、受験申込書に貼る写真は、申込前3ヵ月以内に撮影したものとし、上半身、脱帽、正面向き、縦4cm×横3cm程度のものであること。写真の裏に受験者の氏名を明記してから貼ること。

(3)提出書類の確認後、受験票を送付いたしますので、試験当日、受験票を忘れずにご持参ください。

6 受付期間等

- 受付期間は、令和3年10月6日(水)から令和3年10月29日(金)までの平日午前8時15分から午後5時15分までとします。(土日祝日は、受付業務は行いません)
- 郵送の場合は、令和3年10月29日(金)までの消印のあるものに限り受け付けます。

* 受験書類を当協議会へ郵送する場合は、封筒の表に「職員採用試験申し込み」と朱書きし、封筒には差出人の住所・氏名を必ず記入してください。

7 申込先及び問い合わせ先

〒018-5201

秋田県鹿角市花輪字下花輪86番地2(鹿角市福祉保健センター向かい)

社会福祉法人鹿角市社会福祉協議会 総務係(中村) 電話:0186-23-2165