

社会福祉法人 岩手町社会福祉協議会

期限付臨時職員《登録者》募集

岩手町社会福祉協議会では、平成 29 年度の期限付臨時職員の登録者を募集します。

【応募資格】

概ね 65 歳以下（平成 29 年 4 月 1 日現在）で通勤可能な方

【職 種】

事務職、ホームヘルパー、保育士（保育補助含む）、栄養士、調理師、看護師

【勤務場所】

岩手町社会福祉協議会事務局、岩手町社会福祉協議会指定訪問介護事業所
沼宮内保育所、川口保育所、一方井保育所、水堀保育所

【勤務時間等】

原則として、平日（月曜日から金曜日）の午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分までとし、休憩時間等については本会就業規則による（保育士、看護師は、早出、遅出勤務及び土曜日勤務有り、ホームヘルパーは、午前 7 時から午後 9 時までの内 8 時間とし、土曜日、祝祭日勤務有り）。雇用期間中・1 ヶ月に 1 日ないし 2 日の有給休暇があります。

【雇用期間】

平成 29 年 4 月 1 日から平成 29 年度中の必要と認める期間
（業務の状況により継続雇用有）

【賃 金 等】

事務員・日額 6,000 円、ホームヘルパー・日額概ね 6,300 円、
保育士・日額 7,800 円、栄養士、調理師・日額 7,000 円～5,850 円
看護師・日額 8,970 円
○社会保険・雇用保険を適用します。

【登録者の決定及び有効期間】

新規登録者については、簡単な面接を行い登録者の決定を行います。
有効期間は、平成 30 年 3 月 31 日までとします。

【申込方法】

岩手町社会福祉協議会・沼宮内保育所・川口保育所・一方井保育所・水堀保育所に備え付けの申込書に必要事項を記入し、下記②③の書類を添付し、平成 29 年 2 月 17 日（金）までに申し込み願います。〔雇用内定予定～平成 29 年 2 月下旬〕

（4 月以降は、随時登録を受け付けます）。

① 期限付臨時職員登録申込書

② 履歴書

③ 「保育士」「看護師」「栄養士」「調理師」「ホームヘルパー」は、資格証明書の写し

問い合わせ先
岩手町社会福祉協議会
【担当】事務局 笈口
電話 0195-62-3570

平成 29 年度 岩手町社会福祉協議会期限付臨時職員登録申込書

事務職 ホームヘルパー 保育士 (保育補助) 栄養士 調理師 看護師
(希望する職種に○)

ふりがな		旧 姓	(年 月 日改姓)
氏 名	⑩		
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
現住所	(借家等に居住の場合、方書、部屋番号等まで詳しく記載すること) 〒 方 電話番号 - -		
連絡先	〒 方 電話番号 - -		
希 望 勤務形態	常勤 (8 時間勤務) ・ パート (どちらかに○)		

次の質問について、相当する項目があるかないかお答え願います。ある場合は、下の詳細欄に詳しくお書き願います。

- | | |
|-------------------------------|---------|
| 1 刑事事件について起訴、逮捕されたことがありますか。 | ある ・ ない |
| 2 禁固以上の刑に処せられたことがありますか。 | ある ・ ない |
| 3 成年被後見人や被保佐人の宣告を受けたことがありますか。 | ある ・ ない |
| 4 自己破産宣告を受けたことがありますか。 | ある ・ ない |
| 5 かつて懲戒免職になったことがありますか。 | ある ・ ない |

【上記項目に「ある」場合の詳細】

記載については、黒インクで正しく丁寧に記入し、数字は算用数字を使用のこと。

※添付書類 履歴書 資格証明書 (写し) その他 ()

履 歴 書

(平成 年 月 日現在)

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名	Ⓜ	男・女	年 月 日
現住所	〒 _____ 方 電話番号 _____ - _____		
連絡先	〒 _____ 方 電話番号 _____ - _____		

写真貼付

上半身、脱帽、正面向
きで6ヵ月以内に撮影
したもの

縦 6.0cm 横 4.5cm

※学歴・職歴欄には、中学校卒から順に記載願います。

(平成 年 月撮影)

年	月	学 歴 ・ 職 歴	年	月	資 格 ・ 免 許

※ 過去、3年以内の病歴(メンタル含む)がある場合及び通院している場合は、健康状況欄に病名、治療の状況等を記載願います。

特 技		得意な 学 科	
パソコン 操 作	<input type="checkbox"/> できる ワード(初級・中級・上級) エクセル(初級・中級・上級) <input type="checkbox"/> できない	趣 味	
ピアノの レベル	<input type="checkbox"/> バイエル <input type="checkbox"/> プルグミュラー <input type="checkbox"/> ソナチネ <input type="checkbox"/> ソナタ		
健 康 状 況	(現在)	(過去3年以内)	
選手経験のあるスポーツ名			
志望の 動 機			

※ あなたが現在扶養している家族の人数を記載願います

扶養人数	_____ 人
------	---------

※ 通勤方法、所要時間を記載願います。

通勤 方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関() <input type="checkbox"/> 徒歩	通勤時間 (片道)		川口保育所	時間	分
			<input type="checkbox"/>	沼宮内保育所	時間	分
			<input type="checkbox"/>	一方井保育所	時間	分
			<input type="checkbox"/>	水堀保育所	時間	分
			<input type="checkbox"/>	岩手町社会福祉協議会	時間	分

※ 記入にあたっては、黒インクで丁寧に書き、数字は算用数字で記入願います。