

**令和3年度社会福祉法人佐川町社会福祉協議会  
相談支援専門員正規職員採用試験実施要項**

令和3年度相談支援専門員正規職員採用について、下記の通り定める。

**1 採用区分**

相談支援専門員業務及び社会福祉に関する総合職

**2 採用日**

随時

**3 採用人員**

1名程度

**4 受験資格**

下記（1）～（6）をいずれも満たす者。

（1）相談支援専門員の資格を有する者、又は相談支援従事者初任者研修の受講要件を満たす者

（2）普通自動車運転免許を有する者

（3）エクセル、ワード、その他入力作業等のPCスキルを有する者

（4）年齢59歳以下の者

（5）国籍等要件が、次のいずれかに該当する者

ア 日本国籍を有する者

イ 出入国管理及び難民認定法に定められている永住者

ウ 日本国と平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法に定められている特別永住者

（6）次のいずれにも該当しない者

ア 禁錮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

イ 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

**5 職員処遇等**

雇用条件：当会給与規定及び就業規則による。

初任給：大学卒の場合 基本給171,700円

諸手当：期末・勤勉手当（年2回）、扶養手当、通勤手当、住宅手当等

休日休暇：土・日曜日、祝日、年末年始（12/29～1/3）、年次有給休暇、慶弔・夏期等の特別休暇、介護・育児休業等

福利厚生：健康保険、厚生年金保険、雇用保険、労災保険、退職手当等

定年：60歳。

## **6 選考方法等**

選考方法、試験実施日時・会場は次のとおりです。提出いただいた書類及び論文試験答案用紙は返却いたしません。尚、可否及び理由等の問い合わせにはお答えできませんのでご了承ください。

[第1次] 内容：書類審査（履歴書、職務経歴書、資格証明書による審査を実施。）

[第2次] 内容：面接試験、論文試験

日時：調整の上、随時

場所：佐川町健康福祉センターかわせみ

## **7 受験申込等**

### (1) 申込方法

ア 指定様式の職員採用試験受験申込書に必要事項を記入し、履歴書、職務経歴書、資格証明書（写）（または受験資格を証する書類の写し）と合わせて下記事務局まで持参または郵送してください。

イ 申込書等を郵送する場合は、封筒の表に「職員採用試験受験申込」と朱書し、「簡易書留」等の確実な方法で送付してください。

### (2) 受験申込書の請求方法

ア ホームページからダウンロードできます。<https://sakawa-shakyo.jp/>

イ 直接受け取る場合

配布場所：社会福祉法人佐川町社会福祉協議会 TEL 0889-22-1510

〒789-1202 高知県高岡郡佐川町乙2310 健康福祉センターかわせみ

ウ 配布期間：募集期間中

### (3) 申込受付

随時受付します。なお、提出いただいた申込書等は返却しませんので、あらかじめ御了承ください。

### (4) 受験票の送付

受験申込者には、電話連絡のうえ日程調整し受験票並びに注意事項等を発送します。

日程調整連絡後5日以内に到着しないときは、下記までお問い合わせください。

## **8 申込・問合せ**

社会福祉法人佐川町社会福祉協議会 〒789-1202 高知県高岡郡佐川町乙2310

TEL 0889-22-1510 FAX 0889-22-5621 E-Mail : info@sakawa-shakyo.jp

<https://sakawa-shakyo.jp> 担当：事務局長 田村

**社会福祉法人佐川町社会福祉協議会**  
**令和3年度相談支援専門員正規職員採用試験 受験申込書**

受験番号
(記入しないでください)

※以下の太枠内は必ず記載してください。

ふりがな	
氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和           年    月    日 <input type="checkbox"/> 平成
国籍等要件	次のアからウのうち該当するものに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> ア 日本国籍を有する者 <input type="checkbox"/> イ 出入国管理及び難民認定法に定められている永住者 <input type="checkbox"/> ウ 日本国と平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法に定められている特別永住者
自宅住所	(〒       -       )
電話番号	(自宅)           -       - (携帯)           -       -
合否通知先	※自宅住所と異なる場合に記入してください。 (〒       -       )
緊急連絡先	※上記電話番号で日中等も連絡が取れる場合は記載の必要はありません。

私は、社会福祉法人佐川町社会福祉協議会令和3年度相談支援専門員正規職員採用試験の受験資格を全て満たしています。

また、この申込書及び添付書類の記載事項に相違ありません。

令和    年    月    日

氏名 \_\_\_\_\_

(自筆で署名してください)

(添付書類)

- 履歴書
- 職務経歴書
- 資格証明書(写)(または受験資格を証する書類の写し)