

# 令和3年度社会福祉法人佐川町社会福祉協議会職員採用試験実施要項

令和4年度総合職正規職員採用について、下記の通り定める。

## **1 採用区分**

社会福祉に関する総合職

## **2 採用日**

令和4年4月1日（予定）

## **3 採用人員**

1名程度

## **4 受験資格**

- (1) 下記ア、イのいずれにも当てはまる者
  - ア、①または②の条件に合致する者
    - ①社会福祉士または精神保健福祉士いずれかの資格を有する者
    - ②社会福祉士または精神保健福祉士の受験資格があり資格取得意欲のある者
  - イ、3年以上の相談支援実務経験を有する者  
(実務内容については履歴書及び職務経歴書に明記してください。)
- (2) 年齢要件等が、次のいずれかに該当する者
  - ア 昭和51年4月2日から平成8年4月1日までに生まれた者（学歴不問）
- (3) 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
- (4) 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：令和3年11月23日（火）祝日9：00 - 12：00 予定

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」と朱書き、「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：令和3年10月20日（水）～11月5日（金）土日祝除く

午前9時から午後5時まで

### (3) 申込受付

令和3年10月20日（水）から11月5日（金）（郵送の場合は消印有効）まで受け付けます。受付時間は平日の午前9時から午後5時までです。

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、令和3年11月12日（金）までに第1次審査の結果及び合格者には受験番号を記入した受験票並びに注意事項等を発送します。

11月15日（月）まで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](mailto:info@sakawa-shakyo.jp)

<https://sakawa-shakyo.jp> 担当：総務係主任 土居、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)