

## 社会福祉法人柏市社会福祉協議会一般職員（正規職員）募集要項

### 1 募集内容

#### (1) 職種

社会福祉協議会業務全般 若干名

#### (2) 受験資格

普通自動車運転免許を有しており、ワード、エクセル等パソコン操作ができ、次のいずれかに該当する方 [定年60歳]

- ① 昭和53年4月2日以降に生まれた方で、大学（短期大学含む）及び専門学校（修業年限2年以上）を卒業または卒業見込みの方
- ② 保健師資格を有している方（平成31年3月31日までに行われる保健師国家試験により資格取得見込み含む）（年齢不問）

#### (3) 採用予定日

平成31年4月1日（但し、採用後6ヶ月間は試用期間）

### 2 応募手続

#### (1) 応募期間

平成30年7月17日（火）から平成30年8月15日（水）まで（必着）

#### (2) 提出書類

以下の書類を郵送ください。

- ① 受験申込書（所定様式） ※必要事項を記入し、顔写真を貼付け提出。
- ② 免許証、資格証等の写し
- ③ 成績証明書（3ヶ月以内のもの）
- ④ 卒業証明書（3ヶ月以内のもの）

※平成31年3月卒業見込みの方は、卒業予定日が分かる書類を提出。

#### (3) 提出先

〒277-0005 千葉県柏市柏五丁目11番8号

社会福祉法人柏市社会福祉協議会 総務課 総務グループ

### 3 試験内容・日程等の予定（変更になる場合があります）

書類審査合格者に対し、第一次試験の日程等を通知します。

第二次試験以降は、その都度、合格者に対し通知します。

試験内容	日 程
第一次試験 [適正検査・小論文]	平成30年 9月 2日（日） 午前9時～午後1時 会場 介護予防センターいきいきプラザ[柏5-11-8]
第二次試験 [集団面接]	平成30年 9月30日（日） 時間は未定 会場 上記に同じ
第三次試験 [個別面接及びプレゼンテーション]	平成30年10月21日（日） 時間は未定 会場 上記に同じ

#### 4 合格発表

平成30年11月上旬頃

※結果は、個別に郵送します。電話による回答はお受けできません。

#### 5 給与等

本会規定により以下の給与となります。なお、平成30年7月1日現在のものであり、採用日までに変更となる場合があります。

(1) 本俸

185,800円(4年制大学卒業)

165,700円(短期大学及び専門学校卒業)

※本会規定による職歴加算有

(2) 諸手当

期末・勤勉手当(賞与)、地域手当、住居手当、通勤手当等

(3) 社会保険等

雇用保険、労災保険、健康保険、厚生年金保険

(4) その他

上記に記載のない事項は、本会規定によります。

#### 6 勤務時間・休暇等

本会規定により以下の勤務条件となります。

(1) 勤務時間

午前8時30分から午後5時15分まで

(2) 勤務場所

原則として柏市内にある本会事務所及び事業所

(3) 休日

原則として土・日・祝祭日(業務内容により、土・日・祝祭日の勤務あり)

(4) 休暇

年次有給休暇(年間20日)、特別休暇(結婚・出産・忌引等)

#### 7 問い合わせ

社会福祉法人柏市社会福祉協議会 総務課 総務グループ

〒277-0005 千葉県柏市柏五丁目11番8号 TEL:04-7163-9000

ホームページアドレス <http://kashiwa-shakyo.com/>

#### 8 その他

(1) 選考に係る配点基準及び採点結果は、非公開です。

(2) 選考により本会が取得した個人情報、他の目的に使用しません。

(3) 選考に係る交通費、その他必要な費用は、受験者の負担とします。

(4) 提出いただいた申込書一式は、返却いたしません。

社会福祉法人柏市社会福祉協議会一般職員（正規職員）採用試験受験申込書

フリガナ		事務処理欄
氏名		
生年月日（年は和暦を使用すること）  年 月 日生（満 歳）	性別	

写真を貼る位置

1 縦 36～40mm  
横 24～30mm

2 本人単身胸から上

3 裏面のりづけ

※裏面に氏名記載

【記入上の注意】 鉛筆以外の黒の筆記用具で記入（自書）し、文字はくずさず正確に書くこと。  
記入しきれない場合、必要事項を別紙（任意）に作成して提出ください。

フリガナ	電話番号
現住所 〒	自宅 携帯
フリガナ	電話番号
連絡先 〒  (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	

年	月	学 歴

年	月	職歴（パート・アルバイト含む）

年	月	免許・資格など

社会福祉法人柏市社会福祉協議会一般職員（正規職員）採用試験受験申込書

フリガナ
氏名

事務処理欄
-------

扶養家族数(配偶者を除く) 人	配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無
--------------------	--------------	-------------------

健康状態（その他の場合は、具体的に持病等を記載ください） 良好 ・ その他（ ）
---

志望動機

自己PR

[事務処理欄]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

受付印