

介護保険課 令和2年度会計年度任用職員募集

職種	包括支援センター専門員（生活支援コーディネーター）	
募集人数	1人	
職務内容	高齢者の生活支援・介護予防のための、地域における助け合いや生活支援サービス推進に関する業務	
応募資格	地域における助け合いや生活支援のサービスの提供実績がある人や、地域でのコーディネート機能を担うことができる人。（資格は問いませんが、看護師、保健師、社会福祉士などの有資格者を優先します） 普通自動車運転免許（AT車限定可）所持者	
応募方法	次の書類を役場介護保険課へ、募集期間内に提出してください。 （1）会計年度任用職員名簿登録申込書※ （2）資格・免許等を証する書類（写し） ※介護保険課窓口で配布の他、町ホームページでもダウンロード可。	
申込期限	3月24日（火曜日）	
採用試験日	随時	
雇用条件	雇用期間	原則として3月末まで（その後1年単位の更新あり）
	勤務時間	原則として平日8時45分～17時15分（時間外労働あり）
	勤務場所	長与町役場介護保険課
	報酬	時給1,201円～1,298円（月額189,158円～204,483円）
	通勤手当	支給あり（通勤距離2キロメートル以上）
	賞与	支給あり
	社会保障	社会保険、雇用保険など要加入
採用予定日	令和2年4月1日（水曜日）	

問い合わせ：介護保険課 電話 095-801-5822

総務課長	参事	課長補佐	係長	係員

課(局)經由

※ 総務課使用欄	
登録番号	No. -
登録日	令和 年 月 日
抹消日	令和 年 月 日
抹消事由	

会計年度任用職員名簿登録申込書

1. 基本情報

提出日 令和 年 月 日

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男	写真貼付欄 (好 4cm×3cm 程度) ※ 脱帽、正面向きで、 6か月以内に撮影 されたもの。	
氏名					<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢		歳
現住所	〒 -			※ 提出日現在			
	通勤距離	.	km	通勤手段(予定)			
連絡先	(自宅)	-	-	(携帯)	-		-

2. 勤務希望

希望職種 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 一般事務(窓含む) <input type="checkbox"/> 資格職() <input type="checkbox"/> その他(特定の職種を希望される場合は、必ず記入してください。) ()					
希望する 勤務形態	勤務可能日	曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 日数: <input type="checkbox"/> 週()日程度 その他:()				
	社会保険	扶養範囲内での勤務について <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> どちらでもよい				
その他希望等 ※任意記入						

3. 事務能力

パソコン操作 について	WORD (ワード)	<input type="checkbox"/> 図の挿入や差込文書の作成、編集ができる <input type="checkbox"/> 新規文書作成や文書の編集ができる <input type="checkbox"/> 未経験
	EXCEL (エクセル)	<input type="checkbox"/> 関数を使った表計算やグラフ作成ができる <input type="checkbox"/> 簡易な表を作成することができる <input type="checkbox"/> 未経験
その他事務能力に 関する特記事項 ※任意記入		

4. 経 歴

学 歴	学校名	学部・学科等	卒業年月日	
	(最新)		年	月 卒業
			年	月 卒業
職 歴	勤務先名称	在職期間		職務内容 (具体的に)
	(最新)	年 月～	年 月	
		年 月～	年 月	
		年 月～	年 月	
		年 月～	年 月	
		年 月～	年 月	
		年 月～	年 月	
		年 月～	年 月	
		年 月～	年 月	
		年 月～	年 月	
資 格 ・ 免 許 等 (見込含む)	資格・免許の名称	取得年月	資格免許の名称	取得年月
		年 月		年 月
		年 月		年 月
		年 月		年 月

本申込書の記載内容はすべて事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 _____ ⑩

- ※ 年はすべて「和暦（令和等）」で記入してください。
- ※ 勤務希望欄に記載のと通りの任用とならない場合もございます。詳細は、任用時に所管課と決定してください。
- ※ 本申込書は、会計年度任用職員の任用に関する事務にのみ使用します。
- ※ 事実と異なる記載があることが判明した場合、登録を抹消することがあります。
- ※ 登録後、採用されないまま5年を経過すると、登録を抹消することがあります。
- ※ 登録内容に変更がある場合は、下記まで御連絡下さい。

長与町役場 総務課 総務人事係
Tel : 095-883-1111