

社会福祉法人 山形県社会福祉事業団
平成30年度職員選考試験受験案内

職種：理学療法士又は作業療法士

申込期間：平成30年4月16日（月）～平成31年3月29日（金）

1 募集職種・採用予定人員・職務内容

募集職種	採用予定人員	職務内容
理学療法士又は作業療法士	2名	社会福祉施設等のリハビリ業務等に従事します。

注) 採用予定人員に達し次第募集を終了します。

2 採用予定日 採用決定後、相談に応じます。

3 勤務地等

現在、次の施設が欠員となっています。

- ・特別養護老人ホーム 寿泉荘（山形県長井市）
- ・障害者支援施設 梓園（山形県米沢市）

※採用後は、本人の希望等により、転勤する場合があります。

4 受験資格

昭和34年4月2日以降に生まれた方で、下記の資格・免許要件を満たす方に限ります。

ただし、次のいずれかに該当する方は受験できません。

(イ) 成年被後見人及び被保佐人

(ロ) 禁こ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

職種	資格・免許要件
理学療法士又は作業療法士	現に理学療法士又は作業療法士免許を有する方

5 受験手続

(1) 職員選考試験受験案内及び受験申込書等の請求

当法人事務局（〒990-0041 山形県山形市緑町一丁目9番30号 社会福祉法人 山形県社会福祉事業団 事務局）又は当法人が経営・管理する各施設等で配布します。

なお、郵便で請求する場合は、封筒の表に「職員選考試験受験案内請求（理学療法士又は作業療法士希望）」と朱書きし、120円切手を貼ったあて先明記の返信用封筒（角型2号

封筒)を必ず同封し、当法人事務局あて請求してください。(当法人ホームページにも受験案内(申込書)を掲載しておりますので、ダウンロードのうえ使用してください。)

(2) 受験申込方法及び試験等

「平成30年度職員選考試験受験案内」の受験申込書を切り離して必要事項を記入するとともに、裏面履歴書(写真貼付)を記入のうえ、理学療法士又は作業療法士免許証の写しを添付して封筒の表に「受験申込」と朱書きし、平成30年4月20日(金)～平成31年3月29日(金)までの間に郵送で当法人事務局あて提出してください。

受験申込の要件を満たしている場合は、受験者本人と事前に電話等で調整のうえ、受験日時及び受験場所を決定し、文書で通知します。

試験は、15分程度の個別面接試験(面接カードを事前に記入し試験日に持参)です。

6 合否等

試験の合否は、原則として、面接試験後1週間以内に文書で通知します。

7 給与、その他の勤務条件等

採用後は、社会福祉法人 山形県社会福祉事業団の総合職職員となります。給与、その他の勤務条件(特に、休暇制度は概ね公務員に準じており、傷病休暇、出産・育児・子育て休暇及びその他各種休暇が取得でき、長期休暇の場合は代替職員が配置されるなど、種々の配慮がなされます。)は、当法人の就業規則によります。さらに、職員厚生関係では、被服の貸与や互助会の各種給付が整備されており、福祉医療機構及び県振興会の退職共済制度に加入するほか、全事協退職年金共済(事業団独自年金)にも加入し、それぞれの規程により退職後に給付が受けられます。

なお、初任給は、各人の学歴、その他の経歴等によって異なりますが、経験年数別に初任給を例示すると、次のとおりです。

(平成30年4月1日)

職 種	初 任 給	調整手当	計	備 考
理学療法士 又は 作業療法士	221,000 円	20,000 円	241,000 円	大学を卒業し、経験年数が5年の方
	245,800 円	20,000 円	265,800 円	大学を卒業し、経験年数が10年の方
	290,900 円	20,000 円	310,900 円	大学を卒業し、経験年数が20年の方
	303,800 円	20,000 円	323,800 円	大学を卒業し、経験年数が30年の方

注) 調整手当は、毎年1月に定期昇給等の額ずつ逡減していきます。

また、諸手当は次のとおりです。

扶 養 手 当	月額：配偶者 13,000 円、子 1 人につき 6,500 円等
住 居 手 当	月額：借家の場合の上限 27,000 円
通 勤 手 当	月額：自家用車の通勤距離に応じて 2,200 円～44,400 円
業 務 手 当	月額：2,100 円
時間外勤務手当	時間単価：給与時間単価×1.25 等労働基準法の規定による
期 末 手 当	昨年度実績：給料月額+扶養手当の 2.55 月分
勤 勉 手 当	昨年度実績：給料月額+扶養手当の 1.65 月分
寒 冷 地 手 当	年額：条件に応じて 36,800 円～89,000 円 (11 月～3 月に 5 回に分けて月毎支給)

8 問合わせ先

社会福祉法人 山形県社会福祉事業団 事務局 総務課 (電話 023-623-9127)

なお、当法人の概要については、山形県社会福祉事業団ホームページをご覧ください。

平成30年度 社会福祉法人 山形県社会福祉事業団

理学療法士 又は 作業療法士

(上記申込み職種を○で囲む)

選考試験受験申込書

受験番号
※記入しない

※太枠内にもれなく記入し、必要な部分を○で囲んでください。

性別	生年月日			氏 名			
	年	月	日	カナ		漢字等	
1 男性	S			(氏)	(名)	(氏)	(名)
2 女性	H						
最 終 学 歴							
学 校 名			専攻 (学部・学科)			修 学	期 間
						卒 業	昭和 平成 年 月
							昭和 平成 年 月
受験資格で必要とされる免許・資格							
名 称			取 得 年 月				
			昭和・平成 年 月				
現 住 所							
郵便番号			住 所				
—			TEL () — 携帯電話				
合否連絡先 (現住所と異なる場合のみ記入)							
郵便番号			住 所				
—			TEL () —				

私は、標記試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は受験案内に掲げる資格をすべて満たしております。
 また、この申込書のすべての記載事項は真実と相違ありません。

署名欄	平成 年 月 日 署名(自筆)
-----	-----------------

通 信 欄(上記に関して補足したいことがある場合や身体的障がい等により受験に関する要望等がある場合には記入してください。)

--

履 歴 書

平成 年 月 日現在

ふりがな		※	<div style="text-align: center;">写 真</div> <ol style="list-style-type: none"> 1 縦 36mm～40mm <li style="padding-left: 20px;">横 24mm～30mm 2 本人単身胸から上 3 裏面のりづけ
氏 名 ㊟	年 月 日生 (満 歳)	男 女	
ふりがな	現 住 所 〒 <div style="text-align: center;">TEL</div>		
家族住所 〒			
ふりがな	家 族 住 所 〒 <div style="text-align: center;">TEL</div>		
家族住所 〒			
年号	年	月	学 歴 ・ 職 歴 (各別にまとめて書く)
			小学校卒業
			中学校卒業
現在の 職 業	勤 務 先	職 名	
	職 務 内 容		
	勤 務 地		
年	月	免 許 ・ 資 格	

(注) 全て自筆で記入し、※の欄は○で囲み、写真は必ず貼付すること。