

令和元年度 採用  
社会福祉法人 **尼崎市社会福祉事業団**  
職員募集要項  
**相談支援専門員（正規）**

## 1 事業団概要

当事業団は、尼崎市が設置した社会福祉施設を管理運営し、市と一体となって社会福祉事業の進展と市民福祉の向上を図ることを目的とする法人です。事業団が運営している施設は次のとおりです。

- (1) 母子生活支援施設「サン野菊尼崎」
- (2) 身体障害者福祉センター「尼崎市立身体障害者福祉センター」
- (3) 児童養護施設「尼崎市尼崎学園」
- (4) 医療型児童発達支援センター「尼崎市立たじかの園」
- (5) 養護老人ホーム「長安寮」
- (6) 身体障害者デイサービスセンター「尼崎市立身体障害者デイサービスセンター」
- (7) 福祉型児童発達支援センター「尼崎市立あこや学園」

## 2 募集内容

### (1) 勤務先

採用後、障害児（者）の相談支援事業担当として、上記（2）、（4）、（7）の施設のいずれかに勤務していただく予定です。なお、配置換え等により採用時と異なる勤務先となる場合があります。

### (2) 募集職種及び人員等

職 種	採用予定 人員	受 験 資 格	備 考
正規職員 相談支援専門員 (7.75H×5日勤務)	1名	昭和35年4月2日以降出生の者で、次のいずれかに該当する者 ① 障害者相談支援専門員の資格を有する者 ② 障害児・者相談支援事業、精神障害者地域生活支援センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、福祉事務所等において相談支援業務及び準ずる業務に従事し、通算3年以上の経験を有する者 ③ 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設及び医療機関等の直接支援業務に従事し、通算10年以上の経験を有する者 ④ 社会福祉主事任用資格、保育士、児童指導員任用資格者等の資格を有する者で、上記の②、③の施設等で直接支援業務に通算3年以上従事している者 ※ なお、詳しい受験資格については、直接お問合せください。 平成24年厚生労働省令告示第225～7号の「相談支援専門員の要件となる実務経験について」に詳しく記載されています。	週38.75時間勤務 (定年は60歳)

### 3 試験等

#### (1) 試験内容

一般教養試験、作文及び面接

※ 後日、内定者のみ採用前健康診断を受診していただきます。

#### (2) 日時等

ア 日程：令和元年11月25日（月）午前8時45分集合

イ 場所：尼崎市教育・障害福祉センター2階（尼崎市三反田町1丁目1番1号 06-6423-2831）

#### (3) 受験申込締切日

令和元年11月18日（月）午後5時まで（郵送の場合、11月15日（金）の消印有効）

#### (4) 受験申し込み時に必要なもの

①受験申込書 ②資格証明書の写し ③受験票及び合否通知返信用封筒2通（84円切手を貼付し、受験者の宛名明記のこと）

### 4 結果発表及び採用時期

#### (1) 結果発表

採用試験後、概ね2週間後、郵送により通知します。

内定後、採用前健康診断の結果をもって、決定します。

#### (2) 採用日

令和2年（2020年）1月1日（祝・水）

### 5 給与等

#### (1) 給料等

**正規職員（支援員職） 給料月額180,700円（4年大卒・民間経験なしの場合）**

民間経験等を年数に応じ加算します。また、その他当法人の規定に基づき、通勤手当、住居手当、扶養手当、賞与[平成30年度実績：6月（2.125月分）12月（2.325月分）ただし、採用当初は期間率を乗じた額]及び退職手当等を支給します。

#### (2) 社会保険等

健康保険、厚生年金及び雇用保険その他

#### (3) その他

別途、規定に基づく有給休暇等を付与します。

### 6 お問い合わせ及び受験申込先

社会福祉法人 尼崎市社会福祉事業団 本部事務局

〒661-0024 尼崎市三反田町1丁目1番1号

尼崎市教育・障害福祉センター2階

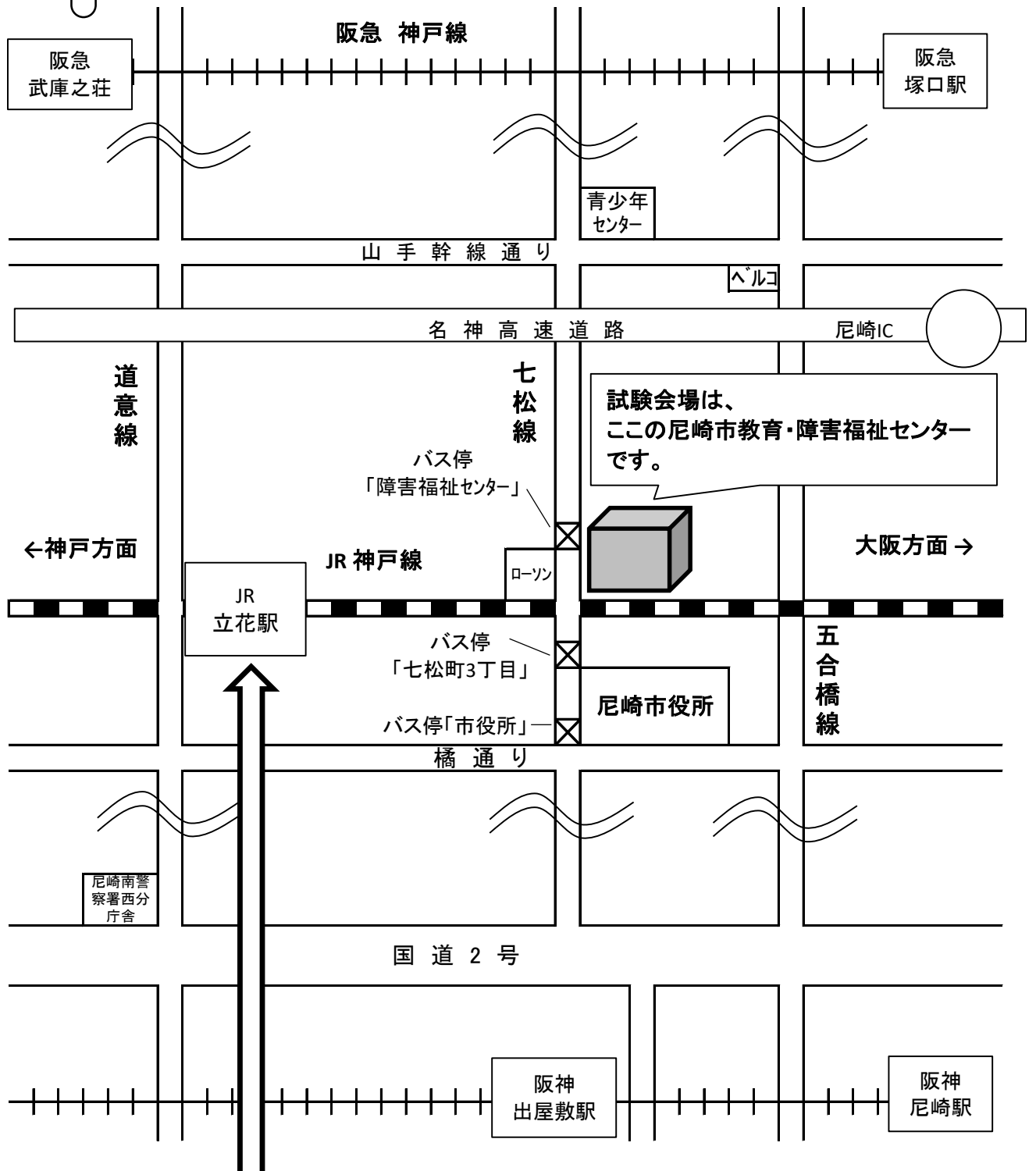
電話（06）6423-2831 FAX（06）6423-0004

（受付時間）

月曜日から金曜日（祝日除く） 8時45分～17時30分

担当：大柿（おおがき）・小野（おの）

# 試験会場（尼崎市教育・障害福祉センター）案内図



試験会場は、  
この尼崎市教育・障害福祉センター  
です。

※JR 立花駅から大阪方面（東）へ線路に沿って徒歩8分  
（二つ目の踏切北側）

受験 番号	※	フリガナ	男 女	(写真添付) ※3カ月以内に上半 身を撮影したもの  (4cm×3cm程度)	
	※の欄には記入しないこと	受験者氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)			受験職種	
現住所 〒 -	電話 ( ) - 携帯電話 - - メールアドレス				
連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 〒 -	電話 ( ) - 携帯電話 - -			正規職員  <input type="checkbox"/> 相談支援専門員	
電話 ( ) - 携帯電話 - -					
学 歴	学校名(高校以上)	学部・学科名	在学期間	修学区分	
			(自) 昭和・平成 年 月 (至) 昭和・平成 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			(自) 昭和・平成 年 月 (至) 昭和・平成 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			(自) 昭和・平成 年 月 (至) 昭和・平成 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
職 歴	勤務先 <small>(職歴が書ききれない場合は、各自で追加して別紙に記入して下さい。)</small>	在職期間	勤続期間	雇用形態	退職理由
		(自)平成 年 月 (至)平成 年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		(自)平成 年 月 (至)平成 年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		(自)平成 年 月 (至)平成 年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )	
資 格 ・ 免 許	資格・免許名	取得年月日	資格・免許名	取得年月日	
		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	
		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	
		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	

