

# 令和5年度 障がい者虐待防止相談員（福祉課・会計年度任用職員）募集要項

## 1 職種・募集人数

障がい者虐待防止相談員（福祉課・会計年度任用職員） 1人

## 2 勤務条件

- ① 任用期間 令和5年4月1日から令和6年3月31日まで  
✓以後、1年毎の再任。再任は、勤務状況評定を基に決定
- ② 勤務時間 週30時間
- ③ 勤務体系 月曜日から金曜日の午前8時30分から午後3時30分まで  
(原則、正午から午後1時まで休憩)  
※勤務日、時間帯については週30時間の中で応相談
- ④ 報酬月額 187,712円  
✓通勤距離が片道2km以上の場合、通勤手当相当額を加算  
✓社会保険及び雇用保険に加入  
✓マイカー通勤は可能ですが、駐車場の確保及び駐車料金は自己負担となります。
- ⑤ 勤務場所 多治見市役所 福祉課（駅北庁舎2階）
- ⑥ 事務内容 障がい者虐待防止に係る相談及び窓口事務に関すること。
- ⑦ 休日 土曜日、日曜日、祝日、年末年始

## 3 採用条件

- ① 障がい者福祉関係業務に従事経験のある方  
(社会福祉士、社会福祉主事任用資格などの有資格者は考慮します。)
- ② 窓口対応（接客）、電話対応業務ができる方
- ③ パソコン操作（エクセル・ワード）ができる方
- ④ 普通自動車第1種運転免許を取得している方

## 4 申込方法

次の要領にて、申込書を入手し、申込期限（受付時間内）までに申込場所へ提出するか、もしくは下記宛先へ郵送（申込期限必着）してください。

なお、申込書への記入は、手書きとしてください（ワープロ不可）。

- ① 申込書の入手 多治見市役所福祉課窓口もしくは福祉課のホームページからダウンロード
- ② 申込場所 多治見市役所福祉課（駅北庁舎2階）
- ③ 申込期限 令和5年1月27日（金） ※土日祝日を除く
- ④ 受付時間 午前8時30分～午後5時15分

- ⑤ 郵送申込の宛先 〒507-8787 岐阜県多治見市音羽町 1 丁目 233 番地  
多治見市役所福祉課 林 宛  
✓封筒の表に「会計年度任用職員申込」と朱書きしてください。

## **5 採用方法**

- ①申込書に基づき書類選考を行います。書類選考の合格者に対し面接を行い、採用候補者を決定します。
- ②採用面接は2月13日（月）を予定しております。
- ③採否については、文書でお知らせします。
- ④提出いただいた申込書は、採否にかかわらず返却しません。

## **6 問い合わせ先**

多治見市役所福祉課 担当：林 電話 0572-23-5806（ダイヤルイン）

令和5年度 障がい者虐待防止相談員(福祉課) 申込書

申込番号  
※記入不要

|               |           |           |                |                          |   |
|---------------|-----------|-----------|----------------|--------------------------|---|
| ふりがな          |           |           | 性別             | 男・女                      | (写真貼付)<br><br>縦4cm×横3cm<br><br>※本人単身胸から上<br>※裏面に氏名記入<br>※6ヶ月以内の撮影<br>※カラー写真撮影 |
| 氏名            |           |           |                |                          |   |
| 生年月日          | 昭和・平成     | 年 月 日     | (令和5年4月1日現在 歳) |                          |   |
| 現住所           | 〒 —       |           |                |                          |   |
|               | 電話        | 自宅 ( )    |                |                          |   |
|               |           | 携帯電話等 ( ) |                |                          |   |
| 【最終】<br>学歴 ※  | 学校名・学部学科名 |           | 左記学校の在学期間      |                          |   |
|               |           |           | 昭和・平成・令和 年 月から | <input type="checkbox"/> | 卒業  |
|               |           |           | 昭和・平成・令和 年 月まで | <input type="checkbox"/> | 中退  |
| 【その前】<br>学歴 ※ | 学校名・学部学科名 |           | 左記学校の在学期間      |                          |   |
|               |           |           | 昭和・平成・令和 年 月から | <input type="checkbox"/> | 卒業  |
|               |           |           | 昭和・平成・令和 年 月まで | <input type="checkbox"/> | 中退  |

※ 学歴について、記載する学歴は、高等学校以上とします。

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 職務経歴<br>(会社名・勤務期間・勤務内容等を詳細に記入) |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |

|      |  |
|------|--|
| 志望動機 |  |
|      |  |
|      |  |
|      |  |
|      |  |
|      |  |

|          |  |
|----------|--|
| 資格<br>免許 |  |
|          |  |

|                |  |
|----------------|--|
| 仕事に対する<br>意気込み |  |
|                |  |

私は、この度の多治見市会計年度任用職員選考における採用条件を満たしており、すべての記載事項は事実と相違ありません。

(自署してください)

令和 年 月 日 氏名

提出は、市役所  
福祉課まで