

令和5年度 福岡県正社員チャレンジプログラム 求人票			業種	介護・福祉	受付: 令和 5年 7月 13日			
1 企業情報	① 企業名称	医療法人社団 直心会						
	② 企業住所(本社)	〒 861-0501 熊本県山鹿市山鹿900番地						
	③ 企業連絡先(本社)	電話番号: 0968-41-4192	FAX番号: 0943-35-1001	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名				
	④ 代表者氏名	役職名: 理事長	氏名: 岡本 莉佳	総務	松尾 淳			
2 就業場所	① 事業所・部署名称	医療法人社団 直心会 森の里グループホームたちばな						
	② 事業所・部署住所	〒 834-0084 福岡県八女市立花町白木610-1						
	③ 事業所・部署連絡先	電話番号: 同上	FAX番号: 同上					
	④ 指揮命令者	氏名: 石橋 優子	役職: 管理者	電話番号:	FAX番号:			
	⑤ 派遣先責任者	氏名: 松尾 淳	役職: 総務	電話番号: 090-9601-0309	FAX番号:			
	⑥ 苦情申出先	氏名: 松尾 淳	役職: 総務	電話番号: 090-9601-0309	FAX番号:			
3 業務内容	① 職種	介護職員(小規模多機能ホーム)						
	② 業務内容	小規模多機能ホームでの介護全般 ・食事の介助、入浴の介助、排せつの介助 ・シーツ、衣類の交換 ・その他の雑務 *就業時間(1)~(4)シフト制 *夜勤の回数は相談可 *就業時間は相談に応じます。 *65歳以上の方も歓迎します。						
4 派遣期間(契約期間)	① 令和5年 4月 1日から令和6年 3月 31日 ※当プログラムの実施期間です。派遣実働は2ヶ月です。							
5 就業時間	①	9時 00分 ~ 18時 00分 (9時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)				
	②	18時 00分 ~ 9時 00分 (9時間)	⑥	時 分 ~ 時 分 (時間)				
	③	時 分 ~ 時 分 (時間)	⑦	時 分 ~ 時 分 (時間)				
	④	時 分 ~ 時 分 (時間)	夜勤 回数は相談可					
6 休憩時間	①	時 分 ~ 時 分 (60分)	⑤	時 分 ~ 時 分 (分)				
	②	時 分 ~ 時 分 (180分)	⑥	時 分 ~ 時 分 (分)				
	③	時 分 ~ 時 分 (分)	⑦	時 分 ~ 時 分 (分)				
	④	時 分 ~ 時 分 (分)	⑧	時 分 ~ 時 分 (分)				
派遣期間中の条件について	① 依頼理由	増員のため			□必要経験			
	② 依頼人数	男性()名 女性()名 不問(3名)			不問			
	③ 勤務日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □その他 シフト制 *該当する曜日を選択してください *シフト制の場合は、シフト体制を教えてください。()			□必要資格			
	④ 休日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □その他 シフト制 *該当する曜日を選択してください *シフト制の場合は、シフト体制を教えてください。() ほぼ毎週 週休2日制です。年間休日104日			不問			
直接雇用後の待遇について	① 雇用形態	正社員						
	② 賃金	a.基本給	下限: 160,000円 上限: 160,000円	b.通勤手当	下限: 円 上限: 5,000円	c.その他手当	下限: 15,000円 上限: 20,000円	a+b+c下限計: 175,000円 a+b+c上限計: 185,000円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 処遇改善 手当	15,000 ~ 20,000円	(4) 手当	~ 円		
			(2) 手当	~ 円	(5) 手当	~ 円		
			(3) 手当	~ 円	(6) 手当	~ 円		
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A 介護福祉士 手当	~ 10,000円	D 手当	~ 円		
			B ヘルパー2級 手当	~ 5,000円	E 手当	~ 円		
			C 能力 手当	5,000 ~ 50,000円	F 手当	~ 円		
	※時間外手当(固定残業代含む)・深夜勤務手当・休日出勤手当・宿日直手当・交替手当などすべてご記載ください。							
	賞与(前年度実績)	有 年 2回 (50,000円~300,000円)		昇給	有 1,000円 /年			
月収例	入社1年目	平均 月給 円						
	入社2年目	平均 月給 円						
	入社3年目	平均 月給 円						
③ 時間外労働時間	月平均 176 時間			定年制	無 歳			
④ 給与締日・支払日	月末 締め 翌月 15 日支給			再雇用	無 上限 歳			
⑤ 福利厚生	労災保険、健康保険、雇用保険、厚生年金など			退職金制度	無 勤続 年以上			
環境	① 社員数	正社員(10名) パート(4名) 派遣(1名)			□ ロッカー	有		
	② 部署内人数	男性(3名) 女性(12名)			□ 名札	無		
	③ 平均年齢	60歳 ※後任の場合、前任者の年齢、雇用形態、就業年数等			□ 受動喫煙対策	屋内禁煙		
	④ 服装	私服 (オフィスカジュアル、GパンOK等:)			□ 車通勤	可		
	⑤ 朝礼	有 (有の場合、始業前か始業後:)			□ 駐車場	有		
	⑥ 当番	有 (当番の内容: 掃除等)				無料		
	⑦ 食堂施設	無		⑧ 更衣室	有		⑨ 休憩室	有
希望人物像								
備考								

令和5年度 福岡県正社員チャレンジプログラム 求人票				業種	介護・福祉	受付: 令和 5年 7月 13日			
1 企業情報	①	企業名称	医療法人社団 直心会						
	②	企業住所(本社)	〒 861-0501 熊本県山鹿市山鹿900番地						
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 0968-41-4192	FAX番号: 0943-35-1001	⑤	採用窓口担当者 部署・役職・氏名			
	④	代表者氏名	役職名: 理事長	氏名: 岡本 莉佳		総務	松尾 淳		
2 就業場所	①	事業所・部署名称	医療法人社団 直心会 小規模多機能ホーム 森の里						
	②	事業所・部署住所	〒 834-0084 福岡県八女市立花町白木608-1						
	③	事業所・部署連絡先	電話番号: 同上	FAX番号: 同上					
	④	指揮命令者	氏名: 成清 明	役職: 管理者	電話番号: 同上	FAX番号: 同上			
	⑤	派遣先責任者	氏名: 松尾 淳	役職: 総務	電話番号: 090-9601-0309	FAX番号: 同上			
	⑥	苦情申出先	氏名: 松尾 淳	役職: 総務	電話番号: 090-9601-0309	FAX番号: 同上			
3 業務内容	①	職 種	介護職員(小規模多機能ホーム)						
	②	業務内容	小規模多機能ホームでの介護全般 ・食事の介助、入浴の介助、排せつの介助 ・シーツ、衣類の交換 ・その他の雑務 *就業時間(1)~(4)シフト制 *夜勤の回数は相談可 *就業時間は相談に応じます。 *65歳以上の方も歓迎します。						
4 派遣期間(契約期間)	①	令和5年 4月 1日から令和6年 3月 31日 ※当プログラムの実施期間です。派遣実働は2ヶ月です。							
5 就業時間	①	8時 30分 ~ 17時 30分 (9時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)					
	②	9時 00分 ~ 18時 00分 (9時間)	⑥	時 分 ~ 時 分 (時間)					
	③	10時 00分 ~ 19時 00分 (9時間)	⑦	時 分 ~ 時 分 (時間)					
	④	18時 00分 ~ 9時 00分 (時間)	夜勤 回数は相談可						
6 休憩時間	①	時 分 ~ 時 分 (60分)	⑤	時 分 ~ 時 分 (分)					
	②	時 分 ~ 時 分 (60分)	⑥	時 分 ~ 時 分 (分)					
	③	時 分 ~ 時 分 (60分)	⑦	時 分 ~ 時 分 (分)					
	④	時 分 ~ 時 分 (分)	⑧	時 分 ~ 時 分 (分)					
派遣期間中の条件について	①	依頼理由	増員のため			□必要経験			
	②	依頼人数	男性()名 女性()名 不問(3)名			不問			
	③	勤務日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □その他 シフト制 *該当する曜日を選択してください *シフト制の場合は、シフト体制を教えてください。()			□必要資格			
	④	休日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □その他 シフト制 *該当する曜日を選択してください *シフト制の場合は、シフト体制を教えてください。() ほぼ毎週 週休2日制です。年間休日104日			不問			
直接雇用後の待遇について	①	雇用形態	正社員						
	②	賃 金	a.基本給	下限: 160,000 円	b.通勤手当	下限: 円	c.その他手当	下限: 15,000 円	a+b+c下限計: 175,000 円
				上限: 160,000 円		上限: 5,000 円		上限: 20,000 円	a+b+c上限計: 185,000 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 処遇改善 手当	15,000 円 ~ 20,000 円	(4) 手当	~ 円			
			(2) 手当	~ 円	(5) 手当	~ 円			
			(3) 手当	~ 円	(6) 手当	~ 円			
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A 介護福祉士 手当	~ 10,000 円	D 手当	~ 円			
			B ヘルパー2級 手当	~ 5,000 円	E 手当	~ 円			
	C 能力 手当		5,000 円 ~ 50,000 円	F 手当	~ 円				
	※時間外手当(固定残業代含む)・深夜勤務手当・休日出勤手当・宿日直手当・交替手当などすべてご記載ください。								
賞与(前年度実績)	有	年 2回 (50,000円~300,000 円)	昇給	有	1,000円/年				
月収例	入社1年目	平均 月給	円						
	入社2年目	平均 月給	円						
	入社3年目	平均 月給	円						
その他特記	昇給・賞与は業績や能力等によります。(法人規定)								
③	時間外労働時間	月平均 176 時間	定年制	無	歳				
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 15 日支給	再雇用	無	上限 歳				
⑤	福利厚生	労災保険、健康保険、雇用保険、厚生年金など	退職金制度	無	勤続 年以上				
環境	①	社員数	正社員(7 名) パート(4 名) 派遣(1 名)	□	ロッカー	有			
	②	部署内人数	男性(4 名) 女性(8 名)	□	名札	有			
	③	平均年齢	50 歳 ※後任の場合、前任者の年齢、雇用形態、就業年数等	□	受動喫煙対策	屋内禁煙			
	④	服 装	私服 (オフィスカジュアル、GパンOK等:)	□	車通勤	可			
	⑤	朝 礼	有 (有の場合、始業前か始業後:)	□	駐車場	有			
	⑥	当 番	有 (当番の内容: 掃除等)			無料			
	⑦	食堂施設	無	⑧ 更衣室	有	⑨ 休憩室	無	月 円	
希望人物像									
備考									

令和5年度 福岡県正社員チャレンジプログラム 求人票			業種	介護・福祉	受付: 令和 5年 7月 13日			
1 企業情報	①	企業名称	医療法人社団 直心会					
	②	企業住所(本社)	〒 861-0501 熊本県山鹿市山鹿900番地					
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 0968-41-4192	FAX番号: 0943-35-1001	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名 総務 松尾 淳			
	④	代表者氏名	役職名: 理事長	氏名: 岡本 莉佳				
2 就業場所	①	事業所・部署名称	医療法人社団 直心会 看護小規模多機能ホーム 森の里					
	②	事業所・部署住所	〒 834-0084 福岡県八女市立花町白木610-1					
	③	事業所・部署連絡先	電話番号: 同上	FAX番号: 同上				
	④	指揮命令者	氏名: 中島 秀満	役職: 管理者	電話番号: 同上	FAX番号: 同上		
	⑤	派遣先責任者	氏名: 松尾 淳	役職: 総務	電話番号: 090-9601-0309	FAX番号: 同上		
	⑥	苦情申出先	氏名: 松尾 淳	役職: 総務	電話番号: 090-9601-0309	FAX番号: 同上		
3 業務内容	①	職 種	介護職員(小規模多機能ホーム)					
	②	業務内容	小規模多機能ホームでの介護全般 ・食事の介助、入浴の介助、排せつの介助 ・シーツ、衣類の交換 ・その他の雑務 *就業時間(1)~(4)シフト制 *夜勤の回数は相談可 *就業時間は相談に応じます。 *65歳以上の方も歓迎します。					
4 派遣期間(契約期間)	①	令和5年 4月 1日から令和6年 3月 31日 ※当プログラムの実施期間です。派遣実働は2ヶ月です。						
5 就業時間	①	8時 30分 ~ 17時 30分 (9時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)				
	②	9時 00分 ~ 18時 00分 (9時間)	⑥	時 分 ~ 時 分 (時間)				
	③	10時 00分 ~ 19時 00分 (9時間)	⑦	時 分 ~ 時 分 (時間)				
	④	18時 00分 ~ 9時 00分 (時間)	夜勤 回数は相談可					
6 休憩時間	①	時 分 ~ 時 分 (60分)	⑤	時 分 ~ 時 分 (分)				
	②	時 分 ~ 時 分 (60分)	⑥	時 分 ~ 時 分 (分)				
	③	時 分 ~ 時 分 (60分)	⑦	時 分 ~ 時 分 (分)				
	④	時 分 ~ 時 分 (分)	⑧	時 分 ~ 時 分 (分)				
派遣期間中の条件について	①	依頼理由	増員のため		□必要経験			
	②	依頼人数	男性()名 女性()名 不問(3)名		不問			
	③	勤務日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □その他 シフト制 *該当する曜日を選択してください *シフト制の場合は、シフト体制を教えてください。()		□必要資格			
	④	休日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □その他 シフト制 *該当する曜日を選択してください *シフト制の場合は、シフト体制を教えてください。() ほぼ毎週 週休2日制です。年間休日104日		不問			
直接雇用後の待遇について	①	雇用形態	正社員					
	②	a.基本給	下限 160,000 円	b.通勤手当	下限: 円	c.その他手当	下限: 15,000 円	a+b+c下限計: 175,000 円
			上限: 160,000 円		上限: 5,000 円		上限: 20,000 円	a+b+c上限計: 185,000 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 処遇改善 手当	15,000 ~ 20,000 円	(4)	手当	~ 円	
			(2) 手当	~ 円	(5)	手当	~ 円	
			(3) 手当	~ 円	(6)	手当	~ 円	
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A 介護福祉士 手当	~ 10,000 円	D	手当	~ 円	
			B ヘルパー2級 手当	~ 5,000 円	E	手当	~ 円	
			C 能力 手当	5,000 ~ 50,000 円	F	手当	~ 円	
		※時間外手当(固定残業代含む)・深夜勤務手当・休日出勤手当・宿日直手当・交替手当などすべてご記載ください。						
賞与(前年度実績)		有	年 2回 (50,000円~300,000 円)	昇給	有	1,000円/年		
月収例	入社1年目	平均 月給	円					
	入社2年目	平均 月給	円					
	入社3年目	平均 月給	円					
その他特記	昇給・賞与は業績や能力等によります。(法人規定)							
③	時間外労働時間	月平均 176 時間	定年制	無	歳			
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 15 日支給	再雇用	無	上限 歳			
⑤	福利厚生	労災保険、健康保険、雇用保険、厚生年金など	退職金制度	無	勤続 年以上			
環境	①	社員数	正社員(7名) パート(6名) 派遣(1名)	□	ロッカー	無		
	②	部署内人数	男性(4名) 女性(10名)	□	名札	有		
	③	平均年齢	50 歳 ※後任の場合、前任者の年齢、雇用形態、就業年数等	□	受動喫煙対策	屋内禁煙		
	④	服 装	私服 (オフィスカジュアル、GパンOK等:)	□	車通勤	可		
	⑤	朝 礼	有 (有の場合、始業前か始業後:)	□	駐車場	有		
	⑥	当 番	有 (当番の内容: 掃除等)			無料		
	⑦	食堂施設	無	⑧ 更衣室	無	⑨ 休憩室	無	
希望人物像								
備考								