

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 4 月 26 日
1 企業情報	① 企業名称	医療法人 光竹会			
	② 企業住所(本社)	〒 811-1244 那珂川市山田1150-1			
	③ 企業連絡先(本社)	電話番号: 092-951-5219	FAX番号: 092-953-5229	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名 グランドG-1 施設長 小野 武	
	④ 代表者氏名	役職名: 理事長	氏名: 吳 義憲		
2 就業場所	① 事業所・部署名称	住宅型有料老人ホーム グランドG-1			
	② 事業所・部署住所	〒 811-1254 那珂川市道善1-121			
	交通アクセス	西鉄バス 那珂川営業所より 徒歩8分			
	③ 事業所・部署連絡先	電話番号: 092-951-1165	FAX番号: 092-951-1212		
	④ 指揮命令者	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165	FAX番号: 092-951-1212
	⑤ 派遣先責任者	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165	FAX番号: 092-951-1212
3 業務内容	① 職 種	介護職員(住宅型有料老人ホーム「グランドG-1」)			
	② 業務内容	*老人ホームにおける入居者の介護(入居者80名) 身の回りのお世話 / 食事・排泄・入浴の介助 / 施設内での訪問介護業務(身体介護・生活介護)			
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	6 時 30 分 ~ 15 時 30 分 (8 時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)	
	②	10 時 30 分 ~ 19 時 30 分 (8 時間)	⑥	時 分 ~ 時 分 (時間)	
	③	16 時 00 分 ~ 9 時 00 分 (15 時間)	⑦	時 分 ~ 時 分 (時間)	
	④	時 分 ~ 時 分 (時間)	⑧	時 分 ~ 時 分 (時間)	
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 (120 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(1 名)			経験あれば尚可
	③ 勤務日	<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 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 *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。(ローテーション制)			□必要資格
	④ 休日	<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 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 *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。(ローテーションで月9日休み)			介護職員初任者研修修了者 介護職員実務者研修修了者 介護福祉士 いずれかあれば尚可
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 180,000 円	b.通勤手当	下限 円
			上限 190,000 円	上限 30,000 円	c.その他手当
					上限 96,250 円
					a+b+c下限計: 197,000 円
					a+b+c上限計: 316,250 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 資格手当 ~ 6,000 円	(4) 兼務手当 ~ 5,000 円	
			(2) 家族手当 ~ 5,000 円	(5) 住宅手当 ~ 12,000 円	
			(3) 夜勤手当 ~ 6,500 円	(6) 処遇改善手当 27,250 ~ 36,250 円	
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A 手当 ~ 円	D 手当 ~ 円	
		B 手当 ~ 円	E 手当 ~ 円		
		C 手当 ~ 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 (2 ヵ月)	円	昇給 有 ~ 2,000 円/月
	月収例	入社1年目 平均月給 3,570,400 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	※処遇改善手当(年2回に分けて支給) 昨年度実績 435,000円/年			
③ 時間外労働時間	月平均	2~3 時間		定年制	有 60 歳
④ 給与締日・支払日	月末 締め	翌月 25 日支給		再雇用	有 上限 65 歳
⑤ 福利厚生	労災保険、健康保険、雇用保険、厚生年金、退職金制度			退職金制度	有 勤続 7 年以上
環境	① 社員数	正社員(163 名)	パート(名)	派遣(名)	□ロッカー 有
	② 部署内人数	男性(8 名)	女性(20 名)		□名札 有
	③ 平均年齢	43.2 歳			□受動喫煙対策 禁煙
		※後任の場合、前任者の年齢、雇用形態、就業年数等			□屋食場所 有
	④ 服装	制服 ()			□車通勤 可
	⑤ 朝礼	無 ()			□駐車場 有
	⑥ 当番	有 (当番の内容:掃除等)			
⑦ 食堂施設	無	⑧ 更衣室	有	⑨ 休憩室	有 月 円
希望人物像	意欲的に向上心があり、協調性のある方				
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 4月 26日		
1 企業情報	① 企業名称	医療法人 光竹会				
	② 企業住所(本社)	〒 811-1244 那珂川市山田1150-1				
	③ 企業連絡先(本社)	電話番号: 092-951-5219	FAX番号: 092-953-5229	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名 グランドG-1 施設長 小野 武		
	④ 代表者氏名	役職名: 理事長	氏名: 呉 義憲			
2 就業場所	① 事業所・部署名称	デイサービスセンター「グランドG-1」				
	② 事業所・部署住所	〒 811-1254 那珂川市道善1-121				
	交通アクセス	西鉄バス 那珂川営業所より 徒歩8分				
	③ 事業所・部署連絡先	電話番号: 092-951-1165	FAX番号: 092-951-1212			
	④ 指揮命令者	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165 FAX番号: 092-951-1212		
	⑤ 派遣先責任者	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165 FAX番号: 092-951-1212		
⑥ 苦情申出先	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165 FAX番号: 092-951-1212			
3 業務内容	① 職 種	介護職員(デイサービスセンター「グランドG-1」)				
	② 業務内容	*デイサービスセンターでの介護業務(入浴介助・レクリエーション・食事介助) 利用者は40名程度				
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 30 分 ~ 17 時 30 分 (8 時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)		
	②	分 ~ 時 分 (時間)	⑥	時 分 ~ 時 分 (時間)		
	③	分 ~ 時 分 (時間)	⑦	時 分 ~ 時 分 (時間)		
	④	分 ~ 時 分 (時間)	⑧	時 分 ~ 時 分 (時間)		
6 休憩時間	①	分 ~ 時 分 (60 分)	⑤	時 分 ~ 時 分 (分)		
	②	分 ~ 時 分 (分)	⑥	時 分 ~ 時 分 (分)		
	③	分 ~ 時 分 (分)	⑦	時 分 ~ 時 分 (分)		
	④	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(1 名)	経験あれば尚可			
	③ 勤務日	<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 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 *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。(ローテーション制)		□必要資格		
	④ 休日	<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 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 *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。(ローテーションで月9日休み)		介護職員初任者研修修了者 介護職員実務者研修修了者 介護福祉士 いずれかあれば尚可		
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 180,000 円 上限 190,000 円	b.通勤手当	下限 円 上限 30,000 円	
		c.その他手当	下限 17,000 円 上限 59,250 円	a+b+c下限計: 197,000 円 a+b+c上限計: 279,250 円		
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 資格 手当	~ 6,000 円	(4) 処遇改善 手当	27,250 ~ 36,250 円
			(2) 家族 手当	~ 5,000 円	(5) 手当	~ 円
			(3) 住宅 手当	~ 12,000 円	(6) 手当	~ 円
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A 手当	~ 円	D 手当	~ 円
			B 手当	~ 円	E 手当	~ 円
			C 手当	~ 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 (2 カ月)	円	昇給	有 ~ 2,000 円/月		
月収例	入社1年目 平均月給 3,000,000 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	※処遇改善手当(年2回に分けて支給) 昨年度実績 435,000円/年					
③ 時間外労働時間	月平均 2~3 時間	定年制	有	60 歳		
④ 給与締日・支払日	月末 締め 翌月 25 日支給	再雇用	有	上限 65 歳		
⑤ 福利厚生	労災保険、健康保険、雇用保険、厚生年金、退職金制度	退職金制度	有	勤続 7 年以上		
環境	① 社員数	正社員(163 名) パート(名) 派遣(名)	□ ロッカー	有		
	② 部署内人数	男性(2 名) 女性(15 名)	□ 名札	有		
	③ 平均年齢	43.2 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	禁煙		
	④ 服装	制服 ()	□ 屋食場所	有		
	⑤ 朝礼	有 (始業前)	□ 車通勤	可		
	⑥ 当番	有 (当番の内容: 掃除等)	□ 駐車場	有		
	⑦ 食堂施設	無		⑧ 更衣室	有	
		⑨ 休憩室	有	月 円		
希望人物像	意欲的で向上心があり、協調性のある方					
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 4 月 26 日			
1 企業情報	①	企業名称	医療法人 光竹会						
	②	企業住所(本社)	〒 811-1244 那珂川市山田1150-1						
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 092-951-5219 FAX番号: 092-953-5229			⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名 グランドG-1 施設長 小野 武			
	④	代表者氏名	役職名: 理事長 氏名: 吳 義憲						
2 就業場所	①	事業所・部署名称	デイサービスセンター「グランドG-1」						
	②	事業所・部署住所	〒 811-1242 那珂川市西隈1-19-10						
		交通アクセス	かわせみバス 西隈3丁目バス停より 徒歩2分						
	③	事業所・部署連絡先	電話番号: 092-951-1165		FAX番号: 092-951-1212				
	④	指揮命令者	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165	FAX番号: 092-951-1212			
	⑤	派遣先責任者	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165	FAX番号: 092-951-1212			
3 業務内容	①	職 種	介護職員(デイサービスセンター「グランドG-1」)						
	②	業務内容	*デイサービスセンターでの介護業務(送迎・入浴介助・レクリエーション・食事介助) 利用者は40名程度 送迎エリア: 那珂川市・南区・春日市・大野城市						
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 (8 時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)					
	②	時 分 ~ 時 分 (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)	⑧	時 分 ~ 時 分 (時間)					
6 休憩時間	①	時 分 ~ 時 分 (60 分)	⑤	時 分 ~ 時 分 (分)					
	②	時 分 ~ 時 分 (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(1 名)			経験あれば尚可			
	③	勤務日	<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 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 *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。(ローテーション制)			□必要資格			
	④	休日	<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 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 *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。(ローテーションで月9日休み)			介護職員初任者研修修了者 介護職員実務者研修修了者 介護福祉士 いずれかあれば尚可			
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 180,000 円	b.通勤手当	下限 円	c.その他手当	下限 17,000 円	a+b+c下限計: 197,000 円
				上限 190,000 円		上限 30,000 円		上限 59,250 円	a+b+c上限計: 279,250 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1)	資格手当	~ 6,000 円	(4)	処遇改善手当	27,250 ~ 36,250 円	
			(2)	家族手当	~ 5,000 円	(5)	手当	~ 円	
			(3)	住宅手当	~ 12,000 円	(6)	手当	~ 円	
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A	手当	~ 円	D	手当	~ 円	
			B	手当	~ 円	E	手当	~ 円	
			C	手当	~ 円	F	手当	~ 円	
	※時間外手当(固定残業代含む)・深夜勤務手当・休日出動手当・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 (2 カ月)	円	昇給	有	~ 2,000 円/月			
月収例	入社1年目	平均月給	3,000,000 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	※処遇改善手当(年2回に分けて支給) 昨年度実績 435,000円/年								
③	時間外労働時間	月平均 2~3 時間	定年制	有	60 歳				
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 25 日支給	再雇用	有	上限 65 歳				
⑤	福利厚生	労災保険、健康保険、雇用保険、厚生年金、退職金制度	退職金制度	有	勤続 7 年以上				
環境	①	社員数	正社員(163 名) パート(名) 派遣(名)	□	ロッカー	有			
	②	部署内人数	男性(3 名) 女性(13 名)	□	名札	有			
	③	平均年齢	43.2 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	禁煙			
	④	服 装	制服 ()	□	屋食場所	有			
	⑤	朝 礼	有 (始業前)	□	車通勤	可			
	⑥	当 番	有 (当番の内容: 掃除等)		駐 車 場	有			
	⑦	食堂施設	無	⑧ 更衣室		有	⑨ 休憩室	有	
希望人物像	意欲的で向上心があり、協調性のある方								
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 4 月 26 日			
1 企業情報	①	企業名称	医療法人 光竹会						
	②	企業住所(本社)	〒 811-1244 那珂川市山田1150-1						
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 092-951-5219 FAX番号: 092-953-5229			⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名 グランドG-1 施設長 小野 武			
	④	代表者氏名	役職名: 理事長 氏名: 吳 義憲						
2 就業場所	①	事業所・部署名称	デイケアセンター 練						
	②	事業所・部署住所	〒 811-1244 那珂川市山田1150-1						
		交通アクセス	かわせみバス 山田バス停より 徒歩5分						
	③	事業所・部署連絡先	電話番号: 092-951-1165 FAX番号: 092-951-1212						
	④	指揮命令者	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165	FAX番号: 092-951-1212			
	⑤	派遣先責任者	氏名: 小野 武	役職: 施設長	電話番号: 092-951-1165	FAX番号: 092-951-1212			
3 業務内容	①	職 種	介護職員(住宅型有料老人ホーム「グランドG-1」)						
	②	業務内容	*デイサービスセンターでの介護業務(送迎・入浴介助・レクリエーション・食事介助) 利用者は40名程度 送迎エリア: 那珂川市・南区・春日市・大野城市						
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 15 分 ~ 17 時 15 分 (8 時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)					
	②	時 分 ~ 時 分 (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)	⑧	時 分 ~ 時 分 (時間)					
6 休憩時間	①	時 分 ~ 時 分 (60 分)	⑤	時 分 ~ 時 分 (分)					
	②	時 分 ~ 時 分 (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(1)名			経験あれば尚可			
	③	勤務日	<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 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 *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。(ローテーション制)			□必要資格			
	④	休日	<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 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 *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。()			介護職員初任者研修修了者 介護職員実務者研修修了者 介護福祉士 いずれかあれば尚可			
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 180,000 円	b.通勤手当	下限 円	c.その他手当	下限 17,000 円	a+b+c下限計: 197,000 円
				上限 190,000 円		上限 30,000 円		上限 59,250 円	a+b+c上限計: 279,250 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1)	資格 手当	~ 6,000 円	(4)	処遇改善 手当	27,250 ~ 36,250 円	
			(2)	家族 手当	~ 5,000 円	(5)	手当	~ 円	
			(3)	住宅 手当	~ 12,000 円	(6)	手当	~ 円	
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A	手当	~ 円	D	手当	~ 円	
			B	手当	~ 円	E	手当	~ 円	
			C	手当	~ 円	F	手当	~ 円	
	※時間外手当(固定残業代含む)・深夜勤務手当・休日出動手当・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 (2 カ月)	円	昇給	有	~ 2,000 円/月			
月収例	入社1年目 平均月給 3,570,400 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	※処遇改善手当(年2回に分けて支給) 昨年度実績 435,000円/年								
③	時間外労働時間	月平均 2~3 時間			定年制	有	60 歳		
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 25 日支給			再雇用	有	上限 65 歳		
⑤	福利厚生	労災保険、健康保険、雇用保険、厚生年金、退職金制度			退職金制度	有	勤続 7 年以上		
環境	①	社員数	正社員(163 名) パート()名 派遣()名			□	ロッカー	有	
	②	部署内人数	男性(12 名) 女性(7 名)			□	名札	有	
	③	平均年齢	43.2 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	禁煙	
	④	服 装	制服 ()			□	屋食場所	有	
	⑤	朝 礼	有 (始業前)			□	車通勤	有	
	⑥	当 番	有 (当番の内容: 掃除等)					□	駐車場
	⑦	食堂施設	無			⑧ 更衣室	有		
希望人物像	意欲的で向上心があり、協調性のある方								
備考									