

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 4 日				
1 企業情報	①	企業名称	福岡県高齢者福祉生活協同組合							
	②	企業住所(本社)	〒 812-0025 福岡県福岡市博多区店屋町3-23 サカタビル2階							
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 092-282-1431	FAX番号: 092-282-1433	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名 本部事務局 人事責任者 大霜和恵					
	④	代表者氏名	役職名: 代表理事	氏名: 花田 真人						
2 就業場所	①	事業所・部署名称	本部							
	②	事業所・部署住所	〒 812-0025 福岡県福岡市博多区店屋町3-23 サカタビル2階							
		交通アクセス	地下鉄呉服町駅から徒歩3分							
	③	事業所・部署連絡先	電話番号: 092-282-1431	FAX番号: 092-282-4431						
	④	指揮命令者	氏名:	役職:	電話番号:	FAX番号:				
	⑤	派遣先責任者	氏名:	役職:	電話番号:	FAX番号:				
⑥	苦情申出先	氏名: 大霜 和恵	役職: 人事担当	電話番号: 092-282-1431	FAX番号: 092-282-1433					
3 業務内容	①	職 種	総務・人事事務職スタッフ							
	②	業務内容	職員管理(人事、給与計算)に関する業務全般と社会保険等手続き業務 ・採用活動等(ハローワーク、求人媒体との窓口 他)・教育研修(研修準備・当日運営)・事業所との電話対応 ・日常業務修得後は制度(人事・給与・教育)づくりにも携わって頂きます。※職場移転予定(10月頃)博多区(移転先は未定)							
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 45 分 ~ 17 時 45 分 (9 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	欠員補充のため			□必要経験				
	②	依頼人数	男性()名 女性()名 不問(1 名)			人事関係経験者あれば尚可				
	③	勤務日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □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。(勤務体制表によるローテーション)			□必要資格				
	④	休日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □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。(勤務体制表によるローテーション) 月9日公休(土・日曜は基本休日としてシフトを組みます) 年間休日107日			不問 エクセル・ワード中級程度 (基本操作できること)				
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 0 円	a+b+c下限計: 180,000 円	
				上限 225,000 円		上限 円		上限 0 円	a+b+c上限計: 225,000 円	
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1)	手当	~	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	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 (2.4 ヵ月)	円	昇給	有	1,000 ~ 1,000 円/月			
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		※交通費は実費支給(上限なし、会社規定有)								
③	時間外労働時間	月平均 時間			定年制	有	65 歳			
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 15 日支給			再雇用	有	上限 歳			
⑤	福利厚生	健康保険、雇用保険、厚生年金、互助会			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(0 名)			□	ロッカー	無		
	②	部署内人数	男性(8 名) 女性(6 名)			□	名札	無		
	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	屋外に喫煙場所有		
	④	服 装	私服 (オフィスカジュアル、GパンOK等)			□	食卓場所	有		
	⑤	朝 礼	有 (有の場合、始業前か始業後: 始業後)			□	車通勤	不可		
	⑥	当 番	(当番の内容: 掃除等)			□	駐車場	無		
	⑦	食堂施設	無	⑧ 更衣室	無	⑨ 休憩室	無	月 円		
希望人物像										
備考	インフルエンザ予防接種補助あり、健康診断あり									

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 3 月 7 日				
1 企業情報	①	企業名称	福岡県高齢者福祉生活協同組合							
	②	企業住所(本社)	〒 812-0025 福岡県福岡市博多区店屋町3-23 サカタビル2階							
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 093-201-6628	FAX番号: 093-201-6629	⑤	採用窓口担当者 部署・役職・氏名				
	④	代表者氏名	役職名: 代表理事	氏名: 花田 真人		本部事務局 人事責任者 大霜和恵				
2 就業場所	①	事業所・部署名称	デイサービスにじいろ赤とんぼ							
	②	事業所・部署住所	〒 807-0025 福岡県遠賀郡水巻町頃末南1-12-5							
		交通アクセス								
	③	事業所・部署連絡先	電話番号: 093-201-7155	FAX番号: 093-201-6728						
	④	指揮命令者	氏名: 池永	役職: 管理者	電話番号: 093-201-6628	FAX番号: 093-201-6629				
	⑤	派遣先責任者	氏名:	役職:	電話番号:	FAX番号:				
⑥	苦情申出先	氏名: 大霜 和恵	役職: 人事担当	電話番号: 092-282-1431	FAX番号: 092-282-1433					
3 業務内容	①	職 種	介護・福祉							
	②	業務内容	居宅介護支援、訪問介護、障がい者自立支援、通所介護、小規模多機能型居宅介護、学童保育							
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	16 時 30 分 ~ 翌9 時 30 分 (16 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 (60 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	看護職員人材不足の為			□必要経験				
	②	依頼人数	男性(名) 女性(名) 不問(2 名)							
	③	勤務日	□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日 □ 祝 □ 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。(勤務体制表によるローテーション)			□必要資格				
	④	休日	□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日 □ 祝 □ 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。(勤務体制表によるローテーション)			・正看護師もしくは准看護師 ・普通自動車免許				
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 170,000 円	b.通勤手当	下限 円	c.その他手当	下限 0 円	a+b+c下限計: 170,000 円	
				上限 205,000 円		上限 円		上限 0 円	a+b+c上限計: 205,000 円	
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1)	手当	~	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	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 (2.4 ヶ月)	円	昇給	有	~				
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										
③	時間外労働時間	月平均 時間	定年制	有	65 歳					
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 15 日支給	再雇用	有	上限 歳					
⑤	福利厚生	健康保険、雇用保険、厚生年金、互助会	退職金制度	無	勤続 年以上					
環境	①	社員数	正社員(8 名) パート(19 名) 派遣(0 名)	□	ロッカー	無				
	②	部署内人数	男性(4 名) 女性(23 名)	□	名札	無				
	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	屋外に喫煙場所有				
	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	(有の場合、始業前か始業後:)	□	駐 車 場	有				
	⑥	当 番	(当番の内容: 掃除等)	□		有料				
	⑦	食堂施設	無	⑧ 更衣室	無	⑨ 休憩室	無	月 円		
希望人物像										
備考	インフルエンザ予防接種補助あり、健康診断あり									

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 3 月 7 日				
1 企業情報	①	企業名称	福岡県高齢者福祉生活協同組合							
	②	企業住所(本社)	〒 812-0025 福岡県福岡市博多区店屋町3-23 サカタビル2階							
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 093-201-6628	FAX番号: 093-201-6629	⑤	採用窓口担当者 部署・役職・氏名				
	④	代表者氏名	役職名: 代表理事	氏名: 花田 真人		本部事務局 人事責任者 大霜和恵				
2 就業場所	①	事業所・部署名称	デイサービス赤とんぼ							
	②	事業所・部署住所	〒 807-0025 福岡県遠賀郡水巻町頃末南3-29-2							
		交通アクセス								
	③	事業所・部署連絡先	電話番号: 093-201-6628	FAX番号: 093-201-6629						
	④	指揮命令者	氏名: 池永	役職: 管理者	電話番号: 093-201-6628	FAX番号: 093-201-6629				
	⑤	派遣先責任者	氏名:	役職:	電話番号:	FAX番号:				
⑥	苦情申出先	氏名: 大霜 和恵	役職: 人事担当	電話番号: 092-282-1431	FAX番号: 092-282-1433					
3 業務内容	①	職 種	介護・福祉							
	②	業務内容	居宅介護支援、訪問介護、障がい者自立支援、通所介護、小規模多機能型居宅介護、学童保育							
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	16 時 30 分 ~ 翌9 時 30 分 (16 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 (60 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	看護職員人材不足の為			□必要経験				
	②	依頼人数	男性(名) 女性(名) 不問(2 名)							
	③	勤務日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □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。(勤務体制表によるローテーション)			□必要資格				
	④	休日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □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。(勤務体制表によるローテーション)			・正看護師もしくは准看護師 ・普通自動車免許				
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 170,000 円	b.通勤手当	下限 円	c.その他手当	下限 0 円	a+b+c下限計: 170,000 円	
				上限 205,000 円		上限 円		上限 0 円	a+b+c上限計: 205,000 円	
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1)	手当	~	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	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 (2.4 ヶ月)	円	昇給	有	~				
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										
③	時間外労働時間	月平均 時間	定年制	有	65 歳					
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 15 日支給	再雇用	有	上限 歳					
⑤	福利厚生	健康保険、雇用保険、厚生年金、互助会	退職金制度	無	勤続 年以上					
環境	①	社員数	正社員(8 名) パート(19 名) 派遣(0 名)	□	ロッカー	有				
	②	部署内人数	男性(4 名) 女性(23 名)	□	名札	有				
	③	平均年齢	50 歳	□	受動喫煙対策	屋外に喫煙場所有				
			※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	私服 (オフィスカジュアル、GパンOK等)	□	車通勤	可				
	⑤	朝 礼	(有の場合、始業前か始業後:)	□	駐 車 場	有				
	⑥	当 番	(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	月 円			
希望人物像										
備考	インフルエンザ予防接種補助あり、健康診断あり									

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 3 月 7 日		
1 企業情報	① 企業名称	福岡県高齢者福祉生活協同組合				
	② 企業住所(本社)	〒 812-0025 福岡市博多区店屋町3-23 サカタビル2階				
	③ 企業連絡先(本社)	電話番号: 092-282-1431	FAX番号: 092-282-1433	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名 本部事務局 人事責任者 大霜和恵		
	④ 代表者氏名	役職名: 代表理事	氏名: 花田 真人			
2 就業場所	① 事業所・部署名称	小規模多機能ホームほのぼの				
	② 事業所・部署住所	〒 824-0036 行橋市南泉1-35-4				
	③ 事業所・部署連絡先	電話番号: 0930-26-3135	FAX番号: 0930-26-3136			
	④ 指揮命令者	氏名: 加治・中島	役職: 管理者	電話番号: 0930-26-3135 FAX番号: 0930-26-3136		
	⑤ 派遣先責任者	氏名:	役職:	電話番号: FAX番号:		
	⑥ 苦情申出先	氏名: 大霜 和恵	役職: 人事担当	電話番号: 092-282-1431 FAX番号: 092-282-1433		
3 業務内容	① 職 種	介護・福祉				
	② 業務内容	居宅介護支援、訪問介護、障がい者自立支援、通所介護、小規模多機能型居宅介護、学童保育				
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 00 分 ~ 17 時 00 分 (8 時間)	⑤ 時 分 ~ 時 分 (時間)				
	② 16 時 00 分 ~ 翌9 時 00 分 (16 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 (60 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	訪問介護員人材不足の為		□必要経験		
	② 依頼人数	男性()名 女性()名 不問(1)名				
	③ 勤務日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □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。(勤務体制表によるローテーション)		□必要資格		
	④ 休日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □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。(勤務体制表によるローテーション)		介護福祉士・普通自動車免許		
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 155,000 円 上限 195,000 円	b.通勤手当 下限 0 円 上限 0 円	c.その他手当 下限 15,000 円 上限 30,000 円	a+b+c下限計: 170,000 円 a+b+c上限計: 225,000 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1)介護福祉士 手当	15,000 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 夜勤 手当	2,000 円	D 扶養 手当	10,000 円 ~ 15,000 円
			B 会議 手当	900 円	E 日曜 手当	~ 100 円
			C 早出遅出 手当	~ 200 円	F 職責 手当	0 円 ~ 30,000 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 (2.4 ヶ月)	円	昇給 有 ~	
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 0 時間	定年制	有	65 歳		
④ 給与締日・支払日	月末 締め 翌月 15 日支給	再雇用	有	上限 歳		
⑤ 福利厚生	健康保険、厚生年金、雇用保険、互助会等	退職金制度	無	勤続 年以上		
環境	① 社員数	正社員(15 名) パート(13 名) 派遣()名	□	ロッカー	有	
	② 部署内人数	男性(3 名) 女性(25 名)	□	名 札		
	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)	□	屋 食 場 所	有	
	⑤ 朝 礼	不明 (有の場合、始業前か始業後:)	□	車 通 勤	可	
	⑥ 当 番	不明 (当番の内容: 掃除等)	□	駐 車 場	有 料	
	⑦ 食堂施設	無	⑧ 更衣室		無	⑨ 休憩室
希望人物像						
備考	インフルエンザ予防接種補助あり、健康診断あり					

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 3 月 7 日		
1 企業情報	① 企業名称	福岡県高齢者福祉生活協同組合				
	② 企業住所(本社)	〒 812-0025 福岡市博多区店屋町3-23 サカタビル2階				
	③ 企業連絡先(本社)	電話番号: 092-282-1431	FAX番号: 092-282-1433	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名 本部事務局 人事責任者 大霜和恵		
	④ 代表者氏名	役職名: 代表理事	氏名: 花田 真人			
2 就業場所	① 事業所・部署名称	宅老所第2たんぼ				
	② 事業所・部署住所	〒 811-3225 福津市東福岡3-4-7				
	③ 事業所・部署連絡先	電話番号: 0940-39-3008	FAX番号: 0940-39-3009			
	④ 指揮命令者	氏名: 坂口	役職: 管理者	電話番号: 0940-39-3008 FAX番号: 0940-39-3009		
	⑤ 派遣先責任者	氏名:	役職:	電話番号: FAX番号:		
	⑥ 苦情申出先	氏名: 大霜 和恵	役職: 人事責任者	電話番号: 092-282-1431 FAX番号: 092-282-1433		
3 業務内容	① 職 種	介護・福祉				
	② 業務内容	居宅介護支援、訪問介護、障がい者自立支援、通所介護、小規模多機能型居宅介護、学童保育				
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 17 時 00 分 ~ 翌10 時 00 分 (15 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 (60 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	介護職員人材不足の為		□必要経験		
	② 依頼人数	男性()名 女性()名 不問(1)名				
	③ 勤務日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □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。(勤務体制表によるローテーション)		□必要資格		
	④ 休日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □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。(勤務体制表によるローテーション)		介護福祉士・普通自動車免許		
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 165,000 円 上限 165,000 円	b.通勤手当 下限 円 上限 10,000 円	c.その他手当 下限 15,000 円 上限 15,000 円	
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1)介護福祉士 手当	15,000 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 土日祝日 手当	~ 300 円	D 手当	~ 円
			B 夜勤 手当	~ 3,000 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 (2.4 ヶ月)	円	昇給 有 ~	
月収例	入社1年目	平均 月給	円	入社1年目平均給与: 約2,600,000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 10 時間	定年制	有	65 歳		
④ 給与締日・支払日	月末 締め 翌月 15 日支給	再雇用	有	上限 歳		
⑤ 福利厚生	健康保険、厚生年金、雇用保険、互助会 等	退職金制度	無	勤続 年以上		
環境	① 社員数	正社員(5 名) パート(33 名) 派遣(名)	□	ロッカー		
	② 部署内人数	男性(9 名) 女性(29 名)	□	名札		
	③ 平均年齢	50 歳	□	受動喫煙対策	屋内禁煙	
		※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 (オフィスカジュアル、GパンOK等)	□	車通勤		
	⑤ 朝 礼	不明 (有の場合、始業前か始業後:)	□	駐 車 場	有	
	⑥ 当 番	不明 (当番の内容: 掃除等)			有料	
⑦ 食堂施設	無	⑧ 更衣室	⑨ 休憩室	月 円		
希望人物像						
備考						