

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	株式会社 大信薬局						
	② 企業住所(本社)	〒 802-0072 福岡県北九州市小倉北区東篠崎1-11-5						
	③ 企業連絡先(本社)	電話番号: 093-533-2025	FAX番号: 093-533-2064	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名				
	④ 代表者氏名	役職名: 代表取締役	氏名: 吉村 企右					
2 就業場所	① 事業所・部署名称	介護付有料老人ホーム たいしんかていな永満寺						
	② 事業所・部署住所	〒 822-0005 福岡県直方市大字永満寺2058-1						
	交通	中泉駅から車で15分						
	③ 事業所・部署連絡先	電話番号:	FAX番号:					
	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:			
3 業務内容	① 職 種	看護職員						
	② 業務内容	○介護付有料老人ホームでの看護業務全般 ・入居者の健康管理、通院介助、服薬管理、看護記録						
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 (9.0 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		□必要経験				
	② 依頼人数	男性(名) 女性(名) 不問(2 名)	看護業務経験者 必須					
	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。() ・週休二日制 月9日休み 年間休日数118日 ・別途特別休暇年10日		・看護師、准看護師 必須				
直接雇用後の待遇について	① 雇用形態	契約社員						
	② 賃 金	a.基本給	下限 165,000 円 上限 175,000 円	b.通勤手当	下限 25,000 円 上限 25,000 円	c.その他手当	下限 53,000 円 上限 63,000 円	a+b+c下限計: 243,000 円 a+b+c上限計: 263,000 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 免許 手当	15,000 円	(4) 支援 手当	8,000 円		
			(2) 住宅 手当	20,000 円	(5) 手当	~ 円		
			(3) 調整 手当	10,000 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 (カ月)	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	4 時間	定年制	無	歳			
④ 給与締日・支払日	月末 締め 翌月 25 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	有	勤続 3 年以上			
環境	① 社員数	正社員(名) パート(名) 派遣(名)	ロッカー					
	② 部署内人数	男性(名) 女性(名)	名 札					
	③ 平均年齢	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	屋内に喫煙場所有				
	④ 服 装	(オフィスカジュアル、GパンOK等:)	屋 食 場 所					
	⑤ 朝 礼	(有の場合、始業前か始業後:)	車 通 勤	可				
	⑥ 当 番	(当番の内容: 掃除等)	駐 車 場	有				
	⑦ 食堂施設	⑧ 更衣室		⑨ 休憩室	無料			
希望人物像								
備考	・試用期間3ヶ月							

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	株式会社 大信薬局						
	②	企業住所(本社)	〒 802-0072 福岡県北九州市小倉北区東篠崎1-11-5						
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 093-533-2025 FAX番号: 093-533-2064			⑤	採用窓口担当者 部署・役職・氏名		
	④	代表者氏名	役職名: 代表取締役 氏名: 吉村 企右						
2 就業場所	①	事業所・部署名称	介護付有料老人ホーム たいしんかていな永満寺						
	②	事業所・部署住所	〒 822-0005 福岡県直方市大字永満寺2058-1						
		交通	中泉駅から車15分						
	③	事業所・部署連絡先	電話番号:		FAX番号:				
	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:	役職:	電話番号:	FAX番号:				
3 業務内容	①	職 種	管理者(管理職候補)						
	②	業務内容	○介護付有料老人ホームの運営・管理業務全般 ※まずは、「たいしんかていな永満寺」にて管理職としての研修を受けていただき、半年から1年後、右記施設に赴任していただきます。(たいしんかていな永満寺、赤坂、東名横浜)						
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 (9.0 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			□必要経験			
	②	依頼人数	男性()名 女性()名 不問(2)名			施設長経験者 必須			
	③	勤務日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □その他 シフト制			□必要資格			
			*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。()			・看護師、准看護師、ケアマネジャー、社会福祉士、介護福祉士あれば尚可 ・メール対応、ワード・エクセル基本的操作			
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。()				
		・週休二日制 月9日休み 年間休日数108日							
直接雇用後の待遇について	①	雇用形態	契約社員						
	②	賃 金	a.基本給	下限 210,000 円	b.通勤手当	下限 25,000 円	c.その他手当	下限 98,000 円	a+b+c下限計: 333,000 円
				上限 210,000 円		上限 25,000 円		上限 98,000 円	a+b+c上限計: 333,000 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 職位 手当	30,000 ~ 30,000 円		(4) 介護支援 手当	8,000 ~ 8,000 円		
			(2) 住宅 手当	20,000 ~ 20,000 円		(5) 手当	~ 円		
			(3) 調整 手当	40,000 ~ 40,000 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)	無	年 回 (カ月)	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	その他特記	・通勤手当は距離により変動します。							
③	時間外労働時間	月平均 10 時間			定年制	無 歳			
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 25 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	有 勤続 3 年以上			
環境	①	社員数	正社員()名 パート()名 派遣()名			□	ロッカー		
	②	部署内人数	男性()名 女性()名			□	名 札		
	③	平均年齢	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		
	④	服 装	(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	⑧ 更衣室	⑨ 休憩室			月 円			
希望人物像									
備考	・試用期間なし								

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	株式会社 大信薬局						
	②	企業住所(本社)	〒 802-0072 福岡県北九州市小倉北区東篠崎1-11-5						
	③	企業連絡先(本社)	電話番号: 093-533-2025	FAX番号: 093-533-2064	⑤	採用窓口担当者 部署・役職・氏名			
	④	代表者氏名	役職名: 代表取締役	氏名: 吉村 企右					
2 就業場所	①	事業所・部署名称	介護付有料老人ホーム たいしんかていな赤坂						
	②	事業所・部署住所	〒 802-0032 福岡県北九州市小倉北区赤坂1-2-32						
		交通	西鉄バス 赤坂バス停から徒歩10分						
	③	事業所・部署連絡先	電話番号:	FAX番号:					
	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:			
3 業務内容	①	職 種	管理者(管理職候補)						
	②	業務内容	○介護付有料老人ホームの運営・管理業務全般 ※まずは、「たいしんかていな永満寺」にて管理職としての研修を受けていただき、半年から1年後、右記施設に赴任していただきます。(たいしんかていな永満寺、赤坂、東名横浜)						
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 (9.0 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			□必要経験			
	②	依頼人数	男性(名) 女性(名) 不問(2 名)	施設長経験者 必須					
	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。() ・週休二日制 月9日休み 年間休日数108日			・看護師、准看護師、ケアマネジャー、社会福祉士、介護福祉士あれば尚可 ・メール対応、ワード・エクセル基本的操作			
直接雇用後の待遇について	①	雇用形態	契約社員						
	②	賃 金	a.基本給	下限 210,000 円	b.通勤手当	下限 25,000 円	c.その他手当	下限 98,000 円	a+b+c下限計: 333,000 円
				上限 210,000 円		上限 25,000 円		上限 98,000 円	a+b+c上限計: 333,000 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 職位 手当	30,000 ~ 30,000 円	(4) 介護支援 手当	8,000 ~ 8,000 円			
			(2) 住宅 手当	20,000 ~ 20,000 円	(5) 手当	~ 円			
			(3) 調整 手当	40,000 ~ 40,000 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)	無	年 回 (カ月)	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 10 時間	定年制	無	歳				
④	給与締日・支払日	月末 締め 翌月 25 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	有	勤続 3 年以上				
環境	①	社員数	正社員(名) パート(名) 派遣(名)	□	ロッカー				
	②	部署内人数	男性(名) 女性(名)	□	名札				
	③	平均年齢	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	(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	⑧ 更衣室	⑨ 休憩室		月 円			
希望人物像									
備考	・試用期間なし								

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	株式会社 大信薬局						
	② 企業住所(本社)	〒 802-0072 福岡県北九州市小倉北区東篠崎1-11-5						
	③ 企業連絡先(本社)	電話番号: 093-533-2025 FAX番号: 093-533-2064	⑤ 採用窓口担当者 部署・役職・氏名					
	④ 代表者氏名	役職名: 代表取締役 氏名: 吉村 企右						
2 就業場所	① 事業所・部署名称	介護付有料老人ホーム たいしんかていな永満寺						
	② 事業所・部署住所	〒 822-0005 福岡県直方市大字永満寺2058-1						
	交通	中泉駅から車で15分						
	③ 事業所・部署連絡先	電話番号:	FAX番号:					
	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:			
3 業務内容	① 職 種	機能訓練指導員						
	② 業務内容	○介護付有料老人ホームでの機能訓練全般 ・入居者の機能訓練指導、記録						
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 (9.0 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		□必要経験				
	② 依頼人数	男性(名) 女性(名) 不問(1 名)	機能訓練指導員経験者 あれば可					
	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。() ・週休二日制 月9日休み 年間休日数118日 ・別途特別休暇年10日		・理学療法士、作業療法士、その他医療技術関係資格 あれば尚可(看護師、准看護師、言語聴覚士、はり師、きゆう師)				
直接雇用後の待遇について	① 雇用形態	契約社員						
	② 賃金	a.基本給	下限 175,000 円 上限 175,000 円	b.通勤手当	下限 25,000 円 上限 25,000 円	c.その他手当	下限 63,000 円 上限 63,000 円	a+b+c下限計: 263,000 円 a+b+c上限計: 263,000 円
		C.に含まれる手当(定期的に支払われる手当)	(1) 免許 手当	15,000 円	(4) 支援 手当	8,000 円		
			(2) 住宅 手当	20,000 円	(5) 手当	~ 円		
			(3) 調整 手当	20,000 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 (カ月)	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	・オンコール対応(1,000円/1回) ・処遇改善加算金(4ヶ月に1回、1回平均8万円)							
③ 時間外労働時間	月平均 10 時間	定年制	無	歳				
④ 給与締日・支払日	月末 締め 翌月 25 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	有	勤続 3 年以上				
環境	① 社員数	正社員(名) パート(名) 派遣(名)	□	ロッカー				
	② 部署内人数	男性(名) 女性(名)	□	名札				
	③ 平均年齢	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	屋内に喫煙場所有			
	④ 服装	(オフィスカジュアル、GパンOK等:)	□	屋食場所				
	⑤ 朝礼	(有の場合、始業前か始業後:)	□	車通勤	可			
	⑥ 当番	(当番の内容:掃除等)	□	駐車場	有			
	⑦ 食堂施設		⑧ 更衣室		⑨ 休憩室		月 円	
希望人物像								
備考	・試用期間3ヶ月							