

令和5年度 福岡正社員チャレンジプログラム 求人票

受付: 令和 5 年 3 月 29 日

1 企業情報	①	企業名称	医療法人 社団明愛会 大平メディカルケア病院								
	②	企業住所(本社)	〒 807-0083 福岡県北九州市八幡西区大平3-14-7								
	③	企業連絡先(本社)	電話番号:	093-614-2102		FAX番号:	093-614-2105		⑤	採用窓口担当者 部署・氏名	
	④	代表者氏名	役職名:	理事長		氏名:	種子田 吉郎			総務課 係長	浦 昌照
2 就業場所	①	事業所・部署名称	医療法人 社団明愛会 大平メディカルケア病院								
	②	事業所・部署住所	〒 807-0083 福岡県北九州市八幡西区大平3-14-7								
		交通	黒崎駅から車20分								
	③	事業所・部署連絡先	電話番号:	093-614-2102		FAX番号:	093-614-2105				
	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	デイケアスタッフ/介護福祉士								
	②	業務内容	○通所リハビリテーション介護員(デイケア) ・入浴介助 ・トイレ誘導 ・レクリエーション ・リハビリ助手 ・送迎補助(運転業務なしでも可) ・送迎範囲: 八幡西区、中間市周辺 ・施設利用者数: 20~30名/日 ・職員15名で対応								
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	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						必要経験		
	②	依頼人数	男性(名) 女性(名) 不問(2 名)						不問		
	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。(上記①~④交代勤務) *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 いづれか必須		
	④	休日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝 □その他 月~土のうち1日 *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(日曜出勤及び月~土のうち1日)、夏季休暇4日、年末年始4日、年間休日日数						希望人物像		
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 145,000 円	b.通勤手当	下限 24,500 円	c.その他手当	下限 2,000 円	a+b+c下限計:	171,500 円	
				上限 213,900 円		上限 24,500 円		上限 7,000 円	a+b+c上限計:	245,400 円	
		C.に含まれる手当(一律に支払われる手当)	(1)	職務 手当	2,000 ~ 2,000 円	(6)	手当	~ 円			
			(2)	皆勤 手当	0 ~ 5,000 円	(7)	手当	~ 円			
			(3)	手当	~ 円	(8)	手当	~ 円			
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A	手当	~ 円	B	手当	~ 円			
	C		手当	~ 円	D	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 (3.7 ヶ月)	円	昇給	有	2,000 ~ 3,000 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											
③	時間外労働時間	月平均 0 時間	定年制	有	60 歳						
④	給与締日・支払日	15日 締め 当月 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、厚生年金など			退職金制度	有	勤続 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					
	⑤	朝礼	(有の場合、始業前か等: 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					
備考	・試用期間3ヶ月・昇給。賞与は事業業績および本人能力による。										
	・年齢制限59歳以下(60歳定年のため)										
	・一般病棟20床、地域包括ケア24床、医療療養病床120床、計164床の病院です。その他在宅サービスを併設しています。										

令和5年度 福岡正社員チャレンジプログラム 求人票

受付: 令和 5 年 3 月 29 日

1 企業情報	①	企業名称	医療法人 社団明愛会 大平メディカルケア病院								
	②	企業住所(本社)	〒 807-0083 福岡県北九州市八幡西区大平3-14-7								
	③	企業連絡先(本社)	電話番号:	093-614-2102		FAX番号:	093-614-2105				
	④	代表者氏名	役職名:	理事長	氏名:	種子田 吉郎					
2 就業場所	①	事業所・部署名称	医療法人 社団明愛会 大平メディカルケア病院								
	②	事業所・部署住所	〒 807-0083 福岡県北九州市八幡西区大平3-14-7								
		交通	黒崎駅から車20分								
	③	事業所・部署連絡先	電話番号:	093-614-2102		FAX番号:	093-614-2105				
	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	デイケアスタッフ/介護福祉士								
	②	業務内容	○通所リハビリテーション介護員(デイケア) ・入浴介助 ・トイレ誘導 ・レクリエーション ・リハビリ助手 ・送迎補助(運転業務なしでも可) ・送迎範囲: 八幡西区、中間市周辺 ・施設利用者数: 20~30名/日 ・職員15名で対応								
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	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				必要経験				
	②	依頼人数	男性(名)	女性(名)	不問(2 名)	必要資格	不問				
	③	勤務日	□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日 □ 祝 □ その他				必要資格	□			
	④	休日	□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日 □ 祝 □ その他 月~土のうち1日				必要資格	□			
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 145,000 円	b.通勤手当	下限 24,500 円	c.その他手当	下限 12,000 円	a+b+c下限計:	181,500 円	
				上限 233,500 円		上限 24,500 円		上限 17,000 円	a+b+c上限計:	275,000 円	
		C.に含まれる手当(一律に支払われる手当)	(1)	職務 手当	12,000 円	~	12,000 円	(6)	手当	~	円
			(2)	皆勤 手当	0 円	~	5,000 円	(7)	手当	~	円
			(3)	手当	~	円	(8)	手当	~	円	
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A	手当	~	円	B	手当	~	円	
	C		手当	~	円	D	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 (3.7 ヶ月)	円	昇給	有	2,000 円	~	3,800 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											
③	時間外労働時間	月平均 0 時間	定年制	有	60 歳						
④	給与締日・支払日	15日 締め 当月 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、厚生年金など			退職金制度	有	勤続 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				
	⑤	朝 礼	(有の場合、始業前か等: 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				
備考	・試用期間3ヶ月 ・昇給、賞与は事業業績および本人能力による。										
	・年齢制限59歳以下(60歳定年のため)										
	・一般病棟20床、地域包括ケア24床、医療療養病床120床、計164床の病院です。その他在宅サービスを併設しています。										

令和5年度 福岡正社員チャレンジプログラム 求人票

受付: 令和 5 年 3 月 29 日

1 企業情報	①	企業名称	医療法人 社団明愛会 大平メディカルケア病院								
	②	企業住所(本社)	〒 807-0083 福岡県北九州市八幡西区大平3-14-7								
	③	企業連絡先(本社)	電話番号:	093-614-2102		FAX番号:	093-614-2105		⑤	採用窓口担当者 部署・氏名	
	④	代表者氏名	役職名:	理事長		氏名:	種子田 吉郎			総務課 係長	浦 昌照
2 就業場所	①	事業所・部署名称	医療法人 社団明愛会 大平メディカルケア病院								
	②	事業所・部署住所	〒 807-0083 福岡県北九州市八幡西区大平3-14-7								
		交通	黒崎駅から車20分								
	③	事業所・部署連絡先	電話番号:	093-614-2102		FAX番号:	093-614-2105				
	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	介護職員								
	②	業務内容	○入院患者様の身の回りのお世話 ・食事介助 ・リネン交換 ・入浴介助 ・オムツ交換 ・その他 ※夜勤:月4回程度								
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 時 45 分 ~ 17 時 00 分 (8 25 時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)							
	②	7 時 30 分 ~ 15 時 30 分 (8 時間)	⑥	時 分 ~ 時 分 (時間)							
	③	11 時 00 分 ~ 19 時 00 分 (8 時間)	⑦	時 分 ~ 時 分 (時間)							
	④	16 時 45 分 ~ 9 時 00 分 (16 25 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 (60 分)	⑦	時 分 ~ 時 分 (分)							
	④	時 分 ~ 時 分 (120 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						必要経験		
	②	依頼人数	男性()名 女性()名 不問(3 名)						職務経験あれば尚可		
	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。(上記①~④交代勤務)						必要資格 介護職員初任者研修修了者 ホームヘルパー2級 介護職員実務者研修修了者 いずれもあれば尚可		
	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。() 週休二日制 夏季休暇4日 年末年始4日 年間休日日数100日						希望人物像		
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 145,000 円	b.通勤手当	下限 24,500 円	c.その他手当	下限 0 円	a+b+c下限計:	169,500 円	
				上限 213,900 円		上限 24,500 円		上限 7,000 円	a+b+c上限計:	245,400 円	
		C.に含まれる手当(一律に支払われる手当)	(1)	皆勤 手当	0 ~ 5,000 円	(6)	手当	~ 円			
			(2)	資格 手当	0 ~ 2,000 円	(7)	手当	~ 円			
			(3)	手当	~ 円	(8)	手当	~ 円			
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A	夜勤 手当	7,500 ~ 7,500 円	B	手当	~ 円			
	C		手当	~ 円	D	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 (3.7 カ月)	円	昇給	有	1,500 ~ 3,000 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											
③	時間外労働時間	月平均 0 時間	定年制	有	60 歳						
④	給与締日・支払日	15日 締め 当月 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、厚生年金など			退職金制度	有 勤続 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					
	⑤	朝 礼	(有の場合、始業前か等: 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					
備考	・試用期間3ヶ月・昇給。賞与は事業業績および本人能力による。・目安給与:基本給+諸手当+夜勤(4回) 182,000円~250,900円										
	・年齢制限59歳以下(60歳定年のため)										
	・一般病棟20床、地域包括ケア24床、医療療養病床120床、計164床の病院です。その他在宅サービスを併設しています。										

令和5年度 福岡正社員チャレンジプログラム 求人票

受付: 令和 5 年 3 月 29 日

1 企業情報	①	企業名称	医療法人 社団明愛会 大平メディカルケア病院								
	②	企業住所(本社)	〒 807-0083 福岡県北九州市八幡西区大平3-14-7								
	③	企業連絡先(本社)	電話番号:	093-614-2102		FAX番号:	093-614-2105		⑤	採用窓口担当者 部署・氏名	
	④	代表者氏名	役職名:	理事長		氏名:	種子田 吉郎			総務課 係長	浦 昌照
2 就業場所	①	事業所・部署名称	医療法人 社団明愛会 大平メディカルケア病院								
	②	事業所・部署住所	〒 807-0083 福岡県北九州市八幡西区大平3-14-7								
		交通	黒崎駅から車20分								
	③	事業所・部署連絡先	電話番号:	093-614-2102		FAX番号:	093-614-2105				
	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	介護福祉士								
	②	業務内容	○入院患者様の身の回りのお世話 ・食事介助 ・リネン交換 ・入浴介助 ・オムツ交換 ・その他								
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 00 分 (8 25 時間)	⑤	時 分 ~ 時 分 (時間)							
	②	7 時 30 分 ~ 15 時 30 分 (8 時間)	⑥	時 分 ~ 時 分 (時間)							
	③	11 時 00 分 ~ 19 時 00 分 (8 時間)	⑦	時 分 ~ 時 分 (時間)							
	④	16 時 45 分 ~ 9 時 00 分 (16 25 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 (60 分)	⑦	時 分 ~ 時 分 (分)							
	④	時 分 ~ 時 分 (120 分)	⑧	時 分 ~ 時 分 (分)							
派遣期間中の条件について	①	依頼理由							<input type="checkbox"/>	必要経験	
	②	依頼人数	男性()名 女性()名 不問(3 名)						<input type="checkbox"/>	職務経験あれば尚可	
	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。(上記①~④交代勤務)						<input type="checkbox"/>	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。()						<input type="checkbox"/>	希望人物像	
			週休二日制 夏季休暇4日 年末年始4日 年間休日数100日								
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 145,000 円	b.通勤手当	下限 24,500 円	c.その他手当	下限 17,000 円	a+b+c下限計:	186,500 円	
				上限 233,500 円		上限 24,500 円		上限 17,000 円	a+b+c上限計:	275,000 円	
		C.に含まれる手当(一律に支払われる手当)	(1)	皆勤 手当	5,000 円	~	5,000 円	(6)	手当	~	円
			(2)	職務 手当	12,000 円	~	12,000 円	(7)	手当	~	円
			(3)	手当	~	円	(8)	手当	~	円	
		C.に含まれない手当(固定残業代等)	A	夜勤 手当	8,000 円	~	8,000 円	B	手当	~	円
	C		手当	~	円	D	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 (3.7 ヶ月)	円	昇給	有	2,300 ~ 3,800 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										
③	時間外労働時間	月平均 0 時間	定年制	有	60 歳						
④	給与締日・支払日	15日 締め 当月 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、厚生年金など			退職金制度	有	勤続 年以上				
環境	①	社員数	正社員()名 パート()名 派遣()名			<input type="checkbox"/>	ロッカー				
	②	部署内人数	男性()名 女性()名			<input type="checkbox"/>	名 札				
	③	平均年齢	歳			<input type="checkbox"/>	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			<input type="checkbox"/>	屋 食場所				
	④	服 装	(オフィスカジュアル、GパンOK等:)			<input type="checkbox"/>	車通勤				
	⑤	朝 礼	(有の場合、始業前か等: 始業後)			<input type="checkbox"/>	駐 車 場	有			
	⑥	当 番	(当番の内容: 掃除等)			<input type="checkbox"/>		無料			
⑦	食堂施設		⑧ 更衣室		⑨ 休憩室		月 円				
備考	・試用期間3ヶ月・昇給、賞与は事業業績および本人能力による。・目安給与:基本給+諸手当+夜勤(4回) 194,000円~282,500円										
	・年齢制限59歳以下(60歳定年のため)										
	・一般病棟20床、地域包括ケア24床、医療療養病床120床、計164床の病院です。その他在宅サービスを併設しています。										