

# 求 人 票

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                          |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| 求<br>人<br>者      | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                           | しゃかいふくしほうじんにのさわいいいくかいぐんませいしりょうごえん                                                                          |                          |                  | 代 表 者                                         | 園 長 川嶋 伸明                                                                             |                            |               |
|                  | 事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 社会福祉法人二之沢愛育会 群馬整肢療護園                                                                                       |                          |                  | 人事担当者                                         | 総務部 村上 修司                                                                             |                            |               |
|                  | 所 在 地                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 〒370-3531 群馬県高崎市足門町146-1 TEL027-373-2277                                                                   |                          |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
|                  | 事業所の<br>概 要                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 【医療型障害児入所施設・療養介護事業所】<br>障害児者のための病院としての機能を持つ保険医療機関<br>また、通所施設として発達支援センター保険診療を行う<br>医療機関として外来診療・リハビリテーションを行う |                          |                  | E-mail                                        | soumu@gunmaseishi.com                                                                 |                            |               |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                          |                  | 設 立                                           | 昭和25年4月                                                                               |                            |               |
| 従業員数             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                          |                  | 男43名 女178名<br>合計221名                          |                                                                                       |                            |               |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                          | 病 床 数            | 116床（一般病棟）                                    |                                                                                       |                            |               |
| 対 象              | (職種)<br>理学療法士                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            | (求人数)<br>2名              |                  | (資格条件)<br>理学療法士の有資格者                          |                                                                                       |                            |               |
| 勤<br>務<br>条<br>件 | 賃<br>金                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 区 分                                                                                                        | 金 額                      | 勤<br>務<br>時<br>間 | 平日 8:30～17:15<br>土曜 8:30～12:15<br>週労働時間 40 時間 | 賞 与<br>(R2 年実績)                                                                       | 年 2 回<br>約 3.665 ヶ月分       |               |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 基 本 給                                                                                                      | 163,000 ～<br>171,000 円   |                  |                                               |                                                                                       | 昇 給                        | 年 1 回         |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 夜勤手当                                                                                                       | 夜勤無                      |                  |                                               | 交 通 費                                                                                 |                            | 上限 29,600 円まで |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 早出・<br>遅出手当                                                                                                | 早出・遅出無                   | 労働組合             | 有                                             |                                                                                       |                            |               |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 業務手当                                                                                                       | 15,000 円                 |                  | 退 職 金                                         |                                                                                       | 福祉医療機構の退職共<br>済により支給（1年以上） |               |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 計（税込）                                                                                                      | 178,000 円 ～<br>186,000 円 | 住 宅 手 当          |                                               | 無                                                                                     |                            |               |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 使用期間中の日額<br>※3ヶ月                                                                                           | 8,090～<br>8,453 円        |                  | 加<br>入<br>保<br>険                              | 健保保険・厚生年金<br>雇用保険<br>労災保険<br>その他（退職・福利厚<br>生共済制度）                                     | 宿 舎 施 設                    | 無             |
|                  | 採 用 予 定 日                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 令和4年4月1日（応相談）                                                                                              |                          |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
|                  | 応<br>募<br>選<br>考                                                                                                                                                                                                                                                                               | 説 明 会                                                                                                      | 随時                       |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 説明会申込                                                                                                      | メール又は電話にて受付します。          |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
| 求 人 受 付          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 随時 応募書類：履歴書・卒業（見込）証明書・成績証明書・健康診断書                                                                          |                          |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
| 選 考 方 法          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 面接及び小論文（800字程度）                                                                                            |                          |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
| 選 考 日 時          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 群馬整肢療護園にて随時実施（応募者に改めて通知）                                                                                   |                          |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
| 結 果 発 表          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 選考後2週間以内に通知します。                                                                                            |                          |                  |                                               |                                                                                       |                            |               |
| 補<br>足<br>事<br>項 | ①当園には現在10名の言語聴覚士、12名の理学療法士、10名の作業療法士が在籍して、入園及び通園障害児のリハビリに当たっています。<br>②当園は、地域療育等支援施設として、保育所、幼稚園、学校、保健所等と連携を図りながら、在宅療育にも力を注いでいます。<br>③群馬県民間社会福祉施設職員共済制度による福利厚生給付（退職慰労金、子供入学祝金等）もあります。<br>④扶養手当も公務員に準じて支給しています。<br>⑤働きやすい職場を目指し、産休・育休取得について法定通りの実施に努めています。<br>⑥新卒見込者の場合について、国家試験に不合格の場合は、不採用とします。 |                                                                                                            |                          |                  |                                               | 受付印                                                                                   |                            |               |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                          |                  |                                               |  |                            |               |