令和８年度紀の川市社会福祉協議会
事業（訪問介護）職員採用試験実施要領

１．区分及び採用予定人員

区　　分	採用予定人員	職務内容
事業職員	嘱託職員　若干名	訪問介護事業に従事します。

２．申込資格

区　　分	申込資格
事業職員	介護福祉士資格を有している方、または介護福祉士実務者研修を修了している方（学歴にかかわらず申込できます。）

ただし、次のいずれかに該当する方は申込できません。

（１）　禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの方

（２）　当会の職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない方

（３）　日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した方

３．口述試験

試験の日時	随時
試験の場所	紀の川市桃山保健福祉センター（紀の川市桃山町最上 1253 番地 2）
口 述 試 験	人物、能力、性格等についての面接による試験

４．選考結果通知

口述試験の都度、受験者あて郵送で通知します。

５．受験手続き及び受付期間等

（１）　申込方法

所定の申込用紙（当会ホームページで取得可能）に必要事項を記入し、写真貼付のうえ、下記申込提出先へ直接持参するか、又は郵送して下さい。

ア　郵送する場合は、必ず郵便局及び配送業者で、配達の記録が確認できる手続きで送付してください。また、封筒の表に「採用試験申込書」と朱書きして下さい。

イ　持参する場合は、下記申込提出先まで持参して下さい。

ウ　試験申し込みの受付期間は、令和９年３月３１日（水）まで（土曜日、日曜日及び祝日は除く。）の午前９時００分から午後５時００分までです。
ただし、必要人員に達し次第募集終了とします。

（２）　申込提出先

〒６４９－６１１１　和歌山県紀の川市桃山町最上１２５３番地２
社会福祉法人 紀の川市社会福祉協議会　地域福祉課　総務係

（３）　試験申込必要書類等

試験申込書（当会で交付したものに必要事項を記入したもの）	１部
資格証の写し	１部

（４）　この試験において提出された書類等は、返却しません。

６．採用

（１）　採用日は在宅福祉サービス課長及びサービス提供責任者と相談のうえ決定します。

７．給与等

（１）　給与等は、職員の給与規程に基づき、給料の他扶養手当、通勤手当、期末手当、勤勉手当、処遇改善手当等が支給されます。

（２）　勤務条件は、正職員就業規則、嘱託職員就業規則によります。

８．試験に関するお問い合わせ

〒６４９－６１１１　和歌山県紀の川市桃山町最上１２５３番地２
社会福祉法人 紀の川市社会福祉協議会　地域福祉課　総務係
℡　０７３６－６６－１２１１

令和８年度紀の川市社会福祉協議会

職員採用試験申込書

区　　分	事 業 職 員

私は、職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は令和８年度紀の川市社会福祉協議会職員採用試験実施要領、申込資格の(１)から(３)のいずれにも該当していません。 令和　　年　　月　　日 氏　名	(写真貼付) ○６ヶ月以内に撮影 ○脱帽、上半身正面向き ○縦　4.0cm 横　3.0cm

ふりがな		性　別　※
氏　　名		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日 令和　　年　　月　　日現在（満　　歳）	
現 住 所	〒 電話	
連 絡 先	〒 電話	

	学　　校　　名	学部学科等	在　学　期　間	卒・見込み等
学歴	(最終学歴)		年　月から 年　月まで	卒・見込み 年在学中・中退
	(上記の前)		年　月から 年　月まで	卒・中退

	勤　　務　　先	職務内容等	在　職　期　間
職歴	(現在・最終)		年　月から 年　月まで
	(上記の前)		年　月から 年　月まで
	(上記の前)		年　月から 年　月まで

資格免許等	資格免許等の名称	取得(見込み)年月日	取 扱 機 関

志望動機	
自己PR	

＜記入上の注意＞

① 記入事項に不正があると受験が無効となることがあります。

② ＊印を除くすべての欄にもれなく記入して下さい。

③ 記入は自筆で、黒インク又は黒ボールペンを用い、楷書で丁寧に書いて下さい。
数字は算用数字を用い、ふりがなはひらがなで記入してください。

④ 連絡先は、当会からの通信連絡が確実に伝わる連絡先を記入して下さい。
なお、現住所と同じ場合は「同上」と記入して下さい。

※ 「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

受付印及び受付番号	受験番号	備　考（添付書類等）
＊	＊	＊