

令和4年度
川越市会計年度任用職員
募集案内

川越市児童発達支援センター

◆◇◆ 募集職種 ◆◇◆

作業療法士

[お問い合わせ先]

川越市児童発達支援センター

〒350-1116

川越市寿町2丁目296番地1

電話 049(257)6900(直通)

1 募集職種

職 種	勤務形態	任用期間	採用予定人員	職務の概要等
作業療法士	週3日 午前9時15分 ～ 午後4時15分	任用可能な日 ～ 令和5年1月31日	1人	発達に不安や心配のあるお子さんとその保護者に対し、「遊び」を通して生活全般の活動やそれに付随する悩みに関する支援及び助言等の業務

※任用期間については、欠員の状況により変更となる場合があります。

2 受験資格

免許・資格等

職 種	受 験 資 格
作業療法士	作業療法士の免許を有する人

※ 受験資格を満たしていても、次に掲げる地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当する人は、受験できません。

- ① 禁錮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者
- ② 川越市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- ③ 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあつて、地方公務員法第60条から第63条までに規定する罪を犯し刑に処せられた者
- ④ 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者

※ 日本国籍を有しない人も受験できますが、採用時において当該職種に従事可能な在留資格を有する人に限ります。

3 試験日程等

日程等	試験日時	申し込み後、受験者と調整をして決定 ※受験票に記載して送付します。	
	試験会場	川越市児童発達支援センター	
	試験科目	適性検査 約15分	職員として求める資質をみる検査
		事務能力診断検査 40分	職務遂行に必要な基礎的な能力をみる検査
	面接試験		

4 試験結果について

試験結果は、可否にかかわらず文書で全員に通知します。試験結果についての問い合わせには応じられませんので御了承ください。

5 採用について

合格者は、職種ごとの令和4年度会計年度任用職員採用候補者登録名簿に成績順で登載されます。その後、名簿登載順に意向調査をし、欠員の状況に応じて採用します。そのため、合格者全員が採用されるとは限りません。なお、登録名簿は令和4年度の採用に限り有効です。

また、地方公務員法の規定により、職員の採用は全て条件付採用となり、会計年度任用職員は1箇月間（勤務日数が15日に満たない場合には15日に達するまでの期間）、良好な成績で勤務したときに正式採用となります。

6 受験申込手続き

申込方法	郵送又は持参
受付期間	随時（欠員が補充された時点で終了となります。）
郵送方法	【郵送先】 〒350-1116 川越市寿町2丁目296番地1 川越市児童発達支援センター 封筒の表面に「 受験申込書在中 」と朱書きし、必ず、「 特定記録 」又は「 簡易書留 」で郵送してください。（普通郵便等で申込みをした場合の事故については、責任を負いません。）
持参方法	【受付場所】 川越市児童発達支援センター 【受付時間】 午前8時30分から午後5時00分まで ※時間厳守 （受付期間中の土・日・休日を除く）
提出書類	① 受験申込書（別紙含む） ② 面接カード ③ 受験票返送用封筒（長形3号） ※ 返送用封筒には、受験者の郵便番号、住所、氏名を記入して、84円切手を貼付してください。 ④ 受験資格となっている作業療法士免許証の写し
受験票の送付	提出いただいた返送用封筒にて試験の日時等を記載して、後日郵送します。
注意事項	① 書類不備の場合は受け付けできませんので、御注意ください。 ② 提出された書類は返却しませんので御了承ください。

<参考>

返信用封筒及び郵送用封筒の記入例

【返信用封筒（長3）】

【郵送方法】 特定記録 又は 簡易書留

84 円
切手

○○○-○○○

○○○
○○○
○○○
○○○

○○○
○○○
○○○
○○○

様

350-1116

川越市児童発達支援センター

川越市寿町二丁目二九六番地一

受験申込書在中

7 受験申込書の記入方法

受験申込書記入上の注意等

- 1 黒インク又は黒ボールペンで太枠欄に記入してください。
- 2 消すことができるインクのペンは使用しないでください。
- 3 数字は算用数字を使用してください。
- 4 誤って記入したときは、二重線で抹消し訂正してください。訂正印は必要ありません。
- 5 記載事項に虚偽があると受験資格がなくなります。
- 6 受験申込書提出後、住所移転など記入した内容に変更があった場合は、速やかに児童発達支援センターへ連絡してください。

現住所	現在居住しているところを記入してください。
電話番号	携帯番号は必ず記入してください。
結果通知先	合否の通知を現住所以外に希望する場合は、その住所を記入してください。
写真貼付欄	<ul style="list-style-type: none"> ・写真は、申込前3月以内に撮影した上半身、無帽、正面向きのものを貼ってください。写真の大きさは、縦4cm×横3cmです。 ・試験を受ける時、眼鏡をかける予定の方は、眼鏡をかけて写真を撮影してください。 ・写真の裏に氏名を記入してください。 ・写真の貼っていない申込書は受け付けできません。
勤務形態	勤務を希望する日・時間を記入してください。
免許・資格・検定	<ul style="list-style-type: none"> ・現在取得している、又は取得する見込みの免許・資格・検定を記入してください。例) 普通自動車免許 ・受験資格となっている作業療法士免許については、取得年月を記入してください。
通勤方法	採用された場合の通勤方法について、該当する手段全てにチェックを入れてください。
署名欄	申込書の記載事項に記入もれがないかを確認の上、年月日を記入し、申込者本人が自分で署名してください。

【受験申込書 別紙】

最終学歴	・作業療法士免許を取得した学校名を記入してください。
職歴	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの勤務先を記入してください。 ・正規の他、臨時・非常勤、派遣、契約等も含めて記入してください。

記入例

令和4年度川越市会計年度任用職員採用試験（令和4年度採用）

受験番号

受験申込書

記入年月日 令和 4年12月1日

職種
作業療法士

ふりがな	かわごえ ときも	性別	写真 3箇月以内に撮影した上半身無帽正面向き4cm×3cm
氏名	川越 ときも	女	
生年月日	昭和 平成 3年1月1日生（31歳）		
ふりがな	かわごえしもとまち	電話番号	
現住所	〒350-0062	(自宅) 049-224-8811	
	川越市元町1-3-1	(携帯電話号) 080-xxxx-xxxx	
結果通知先	〒 - (上記住所と同じ場合は記入不要)		

勤務形態	
パートタイム (会計年度任用職員のみ)	<p>勤務を希望する日・時間を記入してください</p> <p>勤務日 週 <u>3</u> 日 (<input checked="" type="checkbox"/>月 <input checked="" type="checkbox"/>火 <input type="checkbox"/>水 <input type="checkbox"/>木 <input checked="" type="checkbox"/>金 <input type="checkbox"/>土)</p> <p>勤務時間 1日 <u>6</u> 時間 <u>15</u> 分 (<u>9</u> 時 <u>30</u> 分 ~ <u>16</u> 時 <u>30</u> 分)</p>

その他の勤務時間を希望する場合には、週の勤務日数、曜日、時間を記入してください。

免許・資格・検定（取得見込みも記入すること）			
取得年月	免許・資格・検定	取得年月	免許・資格・検定
平成25年4月	作業療法士免許取得	年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	

【通勤方法】 ※該当する項目全てに☑をつけてください。
<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 原動機付自転車 <input type="checkbox"/> 電車・バス <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩

<p>私は、募集案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書に記載したことは事実と相違ありません。</p> <p>令和 4 年 12 月 1 日 氏 名 川越 ときも (自署のこと)</p>
--

- (注1) 太線内の所定欄に、黒インク又は黒のボールペンで、かい書でていねいに記入してください。
- (注2) 消すことができるインクのペンを使用しないこと。
- (注3) 記載事項等に虚偽があると受験資格がなくなります。
- (注4) 受験申込書 別紙も忘れずに提出してください。

8 採用されてから

(1) 給与（令和4年4月1日時点）

※ 採用時までには給与改定があった場合は、それによります。

職 種	勤務形態	給料・報酬	職務の概要等
作業療法士	パートタイム	日給（6時間15分） 17,500円	支給要件に該当する場合には、通勤手当に相当する費用弁償、期末手当に相当する報酬等が支給されます。

(2) 勤務時間

職種 勤務形態	勤務時間
作業療法士 (パートタイム)	【勤務日】 月曜日から金曜日までの3日 【勤務時間】 午前9時30分から午後4時30分まで

※休憩時間は、45分です。

(3) 社会保険及び労働保険

社会保険への加入及び労働保険の適用は、勤務形態により異なります。

勤務形態	社会保険・労働保険
会計年度任用職員 (パートタイム)	勤務時間数等に応じて、健康保険・厚生年金保険・雇用保険に加入することとなりますが、今回は加入しません。 なお、労働者災害保険は適用となります。

(4) 休暇等

年次有給休暇以外の休暇等については、勤務形態や勤務期間等の条件によって、日数や給与の取扱いが異なりますが、次のような休暇が取得可能です。

- ・年次有給休暇
- ・病気休暇
- ・特別休暇（婚姻、忌引等）
- ・介護休暇

(5) 服務義務

会計年度任用職員は、地方公務員法により次の服務義務が課せられることとなります。違反した場合には、懲戒処分の対象となります。

- ・法令等及び上司の職務上の命令に従う義務
- ・信用失墜行為の禁止
- ・秘密を守る義務
- ・職務に専念する義務
- ・政治的行為の制限
- ・争議行為等の禁止
- ・営利企業への従事等の制限

※ 全てのパートタイムの会計年度任用職員については、営利企業への従事等の制限の義務は課せられておりませんが、事前に届出は必要となります。

