

平成29年度採用

秋 田 市 リ サ イ ク ル プ ラ ザ

知的障がい者作業訓練生募集要項

【募集期間】

平成28年 9月20日（火）～平成28年11月30日（水）

【面接日】

応募後、別途ご連絡いたします。

【面接会場】

秋田市総合振興公社会議室（秋田市リサイクルプラザ2階）

【問い合わせ】

公益財団法人秋田市総合振興公社 環境業務課
（秋田市リサイクルプラザ内）

2019-2614秋田市河辺豊成字虚空蔵大台滝1-1

☎ 018（829）3568

平成29年4月1日付けで採用する、秋田市リサイクルプラザの作業訓練生を次のとおり募集します。

1 事業の概要

「秋田市リサイクルプラザ」において、知的に障がいのある方を作業訓練生として一定期間雇用し、空きびん選別等の仕事をとおして、就業に対する自信を与え、訓練修了後の一般就労を目指します。訓練期間は、安定した就業が図られるよう、リサイクルプラザに指導員を配置しております。

2 募集人員

3名

3 業務の内容

リサイクルプラザにおける空きびん、空き缶選別作業、庁舎内清掃作業等

4 就労事業所

秋田市総合振興公社「秋田市リサイクルプラザ」

秋田市河辺豊成字虚空蔵大台滝1-1

5 募集対象者

秋田市民で療育手帳所持者、又は知的障がい者判定機関により知的に障がいがあると判定されたかたで、次の(1)から(4)までのすべてに該当するかたが対象となります。

- (1) 在宅の知的障がい者、又は特別支援学校高等部等に在籍し、平成29年3月31日までに卒業見込みのかた。
- (2) 日常生活において自立し、空きびん選別等の作業が可能で、かつ、継続的にバスによる自主通勤ができるかた。
- (3) 昭和57年4月2日から平成11年4月1日までに生まれたかた。
- (4) 過去にリサイクルプラザに在籍したことがないかた。

6 試験の日時、方法、場所および合格者の発表

(1) 応募者には、リサイクルプラザで指導員のもと3日間の現場実習をしていただいたうえで、面接に臨んでいただきます。実習日および面接時間は、別途ご連絡します。

(2) 面接日時と場所 **※ 面接は、保護者同伴とします。**

① 応募後、別途ご連絡いたします

② 秋田市総合振興公社内会議室

(3) 合格者発表

可否については、後日、受験者全員に文書で通知します。

7 雇用条件

- (1) 身 分 パートタイマー
 (試用期間1か月、労働契約は6か月更新とし、最長3年の更新を限度とします。)
- (2) 賃 金 時給720円(予定)
- (3) 勤務時間 午前8時45分～午後3時45分
 (休憩時間 午後0時～午後1時)
- (4) 休 日 土曜日、日曜日、祝日および年末年始の休日(12月29日から翌年1月3日まで)ならびに毎月末の指定日
- (5) 有給休暇 採用日に6日を付与し、6か月後に4日を加算します。以後は、労働基準法のとおりです。
- (6) 社会保険等 健康保険、厚生年金保険、雇用保険および労災保険に加入します。
- (7) 福利厚生等 作業服等を貸与します。
- (8) そ の 他 3年間の訓練修了後、公社として必要がある者については、臨時職員に登用することもあります。

8 応募方法および受付期間

(1) 応募方法

次の書類を、公益財団法人秋田市総合振興公社(秋田市リサイクルプラザ2階)に提出してください。

ア 提出書類

- ① 履歴書 1枚(指定の様式で、すべての項目を記入してください。また、履歴書には必ず写真を貼ってください。)
- ② 職業安定所の「紹介状」 1通
- ③ 住民票(同居家族全員のもの) 1通
- ④ 療育手帳又は判定書のコピー 1枚

イ 郵便で応募する場合は、封筒の表に赤字で「受験書類」と書いてください。

(2) 受付期間

平成28年9月20日(火)～平成28年11月30日(水)(午前8時30分から午後5時15分まで。土曜日、日曜日および祝日は除く。)

郵送による申込みの場合は、平成28年12月2日(金)まで到着したものに限り、受付します。

履 歴 書

(平成 年 月 日現在)

フリガナ 氏 名	男 女	姓 用	昭和 (歳) 平成 年 月 日	(写真)
現住所	(2 -) (画 - -)			

学 歴			
年 月	卒業	中退	
年 月	卒業	中退	
年 月	卒業	中退	
年 月	卒業	中退	

職 歴 等			
(施設を利用したことのある方又は利用中の方もここに記載してください)			
期 間	会社・施設名	所在地	職種 (具体的に)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

治 療 経 過 (機能回復訓練もふくむ)		
治 療 の 期 間	治 療 を 受 け た 病 院 名	入 院 ・ 通 院 の 別
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		

上記は 自筆です 代筆です (いずれかを○で囲んでください)

【記入上の注意】

- ① なるべく自分で書いてください。
- ② 入所又は通所施設を利用したことのある方 (または利用中の方) は、職歴等の欄に書いてください。
- ③ 治療経過には、障害に係わることすべて (機能回復訓練もふくむ) について書いてください。