

福岡県医発第 1104 号（地）

令和 7 年 7 月 22 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 7 年度看護補助者確保支援事業の実施について

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部医療指導課医師・看護職員確保対策室より別紙のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

福岡県では、看護補助者として就労を希望する方を、人材派遣会社に雇用させ、雇用を希望する病院や診療所（歯科を含む）に派遣することによって、看護師等が本来の業務に専念できることにより、患者の療養環境の向上を図ることを目的に下記事業者と業務委託契約を締結し、標記事業が実施されます。

本事業を通じて看護補助者を雇い入れる場合、福岡県により最長 6 ヶ月間の人件費（残業代や派遣契約外の勤務によるものを除く）が負担されます。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、求人登録等に関しては、下記の事業者に直接お問い合わせください。

記

○お問合せ先事業者

株式会社アソウ・ヒューマニーセンター

福岡市中央区天神 2 丁目 8 番 41 号 福岡朝日会館

T E L : 092-733-8293

F A X : 092-725-3622

E-mail : kango@ahc-net.co.jp

○留意点等

1. 求人登録を行う際は、別紙の申込書を「電子メール」、「F A X」、「郵送」のいずれかの方法で事業者へ直接送付いただきますようお願いいたします。
2. 令和 6 年度の事業者から変更はありませんが、昨年度求人登録を行った医療機関についても、改めて求人票兼事業申込書の提出が必要となりますので、ご留意ください。
3. 本年度より、2020 年の改正職業安定法における求人不受理の要件に関するチェックシートを申込書と併せてご提出ください。

7医指第1102号

令和7年7月9日

公益社団法人 福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課医師・看護職員確保対策室)



令和7年度看護補助者確保支援事業の実施について

日頃から本県の保健医療介護行政にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、看護補助者を確保する観点から、看護補助者として就労を希望する方を人材派遣会社に雇用させ、病院や診療所、歯科医院に紹介予定派遣を行う標記事業を実施しております。

本事業につきましては、事業者へ委託のうえ実施しておりますので、ご利用に際しては、下記の事業者にご直接お問い合わせいただきますよう貴会員への周知についてよろしくお願い申し上げます。

記

(お問合せ先事業者)

名 称：株式会社アソウ・ヒューマニーセンター
住 所：福岡市中央区天神2丁目8番41号 福岡朝日会館
電話番号：092-733-8293
FAX 番号：092-725-3622
E-mail：kango@ahc-net.co.jp

(申込方法)

- ・ 事業参加にあたっては、事業申込書兼求人票とチェックシートを提出してください（昨年度参加医療機関についても再度提出ください）
- ・ チェックシートは、2020年の改正職業安定法における求人不受理の要件に関するものです。本年度より、チェックシートを用いた自己申告に変更しています。
- ・ 申込みに使用する様式については、福岡県ホームページに掲載しています。
URL： <https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/r7kangohojosya.html>
検索ワード『福岡県 看護補助者』

福岡県 保健医療介護部医療指導課
医師・看護職員確保対策室
看護職員確保係 長島
TEL：092-643-3276 FAX：092-643-3277
E-mail：ishikango@pref.fukuoka.lg.jp

令和7年度福岡県看護補助者 確保支援事業のお知らせ

福岡県では、患者の療養環境の向上を図るため、看護補助者として就労を希望される方を、紹介予定派遣により医療機関に派遣する事業を行っております。

現在、看護補助者の求人を行っている又は検討されている医療機関が、看護補助者として就労を希望している方を、この事業を通じて雇い入れる場合、福岡県が最長6ヶ月間の人件費（残業代や派遣契約外の勤務によるものを除く）を負担します。

派遣期間終了後は、原則、医療機関において看護補助者として直接雇用していただきます。

事業の流れ

（事業実施期間：令和7年5月27日～令和8年3月31日）

1 貴医療機関にて求人の登録

登録方法など、詳細については下記の人材派遣会社へお気軽にお問い合わせください。
※昨年度、求人登録を行った医療機関についても、改めて求人票兼事業申込書をご提出していただく必要があるためご注意ください。

株式会社アソウ・ヒューマニーセンター
〒810-0001
福岡市中央区天神2丁目8番41号 福岡朝日会館
TEL：092-733-8293 FAX：092-725-3622
E-mail：kango@ahc-net.co.jp

2 就労希望者の紹介

貴医療機関の求人条件と就労希望者の条件が折り合った方を紹介します。

3 面接

貴医療機関と就労希望者の面接を行います。

4 紹介予定派遣 （最長6ヶ月） スタート

この派遣期間中の人件費を県が負担します。

★紹介予定派遣とは…派遣契約終了後に正職員や契約社員など、貴医療機関との直接雇用を前提として、一定期間（最長6ヶ月）派遣スタッフとして就業し、契約終了時に貴医療機関と派遣スタッフの双方の合意により直接雇用へ移行するシステムです。（労働者派遣法第2条第4号）

5 派遣期間終了

⇒ 貴医療機関と派遣スタッフの双方合意により直接雇用

改正職業安定法（求人不受理）についてのチェックシート

2020年（令和2年）3月30日から、改正職業安定法の一部や関連する政令・省令・指針が施行されました。これにより、一定の労働関係法令違反のある求人者からの求人の申し込みは受理できません。

自社の申し込みが求人不受理の要件に該当しないか、本チェックシートでご確認ください。
不受理の対象に該当しないことを確認後、事業申込書兼求人票の裏面「自己申告欄」に必要事項の記載をお願いいたします。

◇このチェックシートの説明事項◇

- （1）以下のチェックシートの項目に1つでも該当する場合には、職業安定法に規定する求人不受理に該当します。
- （2）この自己申告書に記載した内容に変更があった場合は、速やかに修正の上提出してください。
- （3）申告内容が事実と異なる場合は、職業安定法第48条の3第2項及び第3項の規定に基づき、厚生労働大臣又は都道府県労働局長による勧告及び公表の対象となります。

チェックシート

以下に**該当する場合**は、チェック欄にし点（「✓」）を記入してください。なお、以下のうち1つでも該当する場合は、求人不受理の対象となります。

※ 項目4については、求人不受理の対象ではありませんが、該当する事業所には職業紹介を行うことができません。

1. 労働基準法および最低賃金法関係

- （1）過去1年間に2回以上同一の対象条項（※1、2）違反行為により、労働基準監督署から是正勧告を受け、

- ☐ a 当該違反行為を是正していない。
☐ b 是正してから6カ月が経過していない。

- （2）違法な長時間労働を繰り返している企業として企業名が公表され、

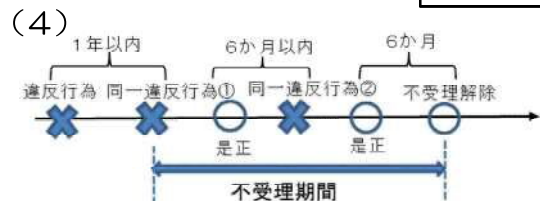
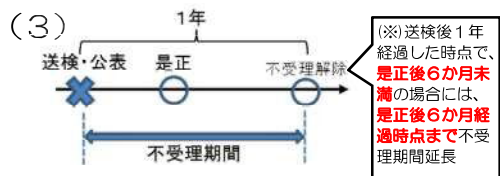
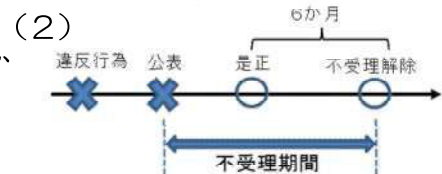
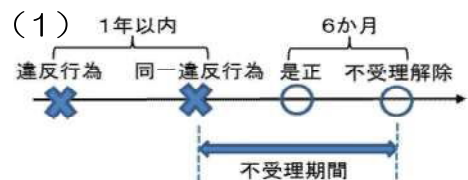
- ☐ a 当該違反行為を是正していない。
☐ b 是正してから6カ月が経過していない。

- （3）対象条項違反行為に係る事件が送検かつ公表され

- ☐ a 当該違反行為を是正していない。
☐ b 送検後1年が経過していない。
☐ c 是正してから6カ月が経過していない。

- （4）求人不受理期間中に再度同一の対象条項違反により、労働基準監督署による是正勧告を受けており、その後、

- ☐ a 当該違反行為を是正していない。
☐ b 是正してから6カ月が経過していない。



（※1）対象となる労働基準法の規定

内容	規定
男女同一賃金	第4条
強制労働の禁止	第5条
労働条件の明示	第15条第1項及び第3項
賃金	第24条、第37条第1項及び第4項
労働時間	第32条、第36条第6項(第2号及び第3号に係る部分に限る)、第141条第3項
休憩、休日、有給休暇	第34条、第35条第1項、第39条第1項、第2項、第5項、第7項及び第9項
年少者の保護	第56条第1項、第61条第1項、第62条第1項及び第2項、第63条
妊産婦の保護	第64条の2(第1号に係る部分に限る)、第64条の3第1項、第65条、第66条、第67条第2項

※ 労働者派遣法第44条（第4項を除く）により適用する場合を含む。

（※2）対象となる最低賃金法の規定

内容	規定
最低賃金	第4条第1項

2. 職業安定法、労働施策総合推進法、男女雇用機会均等法 及び育児・介護休業法関係

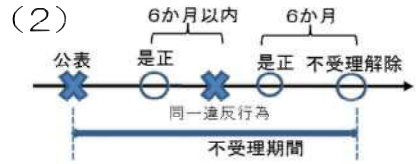
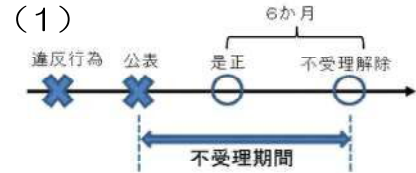
(1) 対象条項(※3、4、5、6)違反の是正を求める勧告又は改善命令に従わず、企業名が公表(注1)され、

- ☐ a 当該違反行為を是正していない。
☐ b 是正してから6カ月が経過していない。

(注1) 職業安定法第48条の3第3項、労働施策総合推進法第33条第2項、男女雇用機会均等法第30条又は育児・介護休業法第56条の2の規定による公表。

(2) 求人不受理期間中に再度同一の対象条項違反により、
 ①需給調整事業課(室)による助言や指導、勧告、
 ②雇用均等室による助言や指導、勧告を受けており、その後、

- ☐ a 当該違反行為を是正していない。
☐ b 是正してから6カ月が経過していない。



(※3) 対象となる職業安定法の規定

内容	規定
労働条件等の明示	第5条の3第1項、第2項及び第3項
求人等に関する情報の的確な表示	第5条の4第1項及び第2項
求職者等の個人情報の取扱い	第5条の5
求人の申込み時の報告	第5条の6第3項
委託募集	第36条
労働者募集に係る報酬受領・供与の禁止	第39条、第40条
労働争議への不介入	第42条の2において読み替えて準用する法第20条
秘密を守る義務	第51条

(※4) 対象となる労働施策総合推進法(労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律)の規定

内容	規定
パワーハラスメント防止に関する雇用管理上の措置	第30条の2第1項
パワーハラスメント等を理由とする不利益取扱いの禁止	第30条の2第2項(第30条の5第2項、第30条の6第2項において準用する場合を含む。)

※ 第30条の2第1項を労働者派遣法第47条の4の規定により適用する場合を含む。

(※5) 対象となる男女雇用機会均等法(雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律)の規定

内容	規定
性別を理由とする差別の禁止	第5条、第6条、第7条
セクシュアルハラスメント、出産等を理由とする不利益取扱いの禁止	第9条第1項、第2項及び第3項、第11条第2項(第11条の3第2項、第17条第2項、第18条第2項において準用する場合を含む。)
セクシュアルハラスメント等の防止に関する雇用管理上の措置	第11条第1項、第11条の3第1項
妊娠中、出産後の健康管理措置	第12条、第13条第1項

※ 労働者派遣法第47条の2の規定により適用する場合を含む。

(※6) 対象となる育児介護休業法(育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律)の規定

内容	規定
育児休業、介護休業等の申出があった場合の義務、不利益取扱いの禁止	第6条第1項、第9条の3第1項、第10条、第12条第1項、第16条(第16条の4、第16条の7において準用する場合を含む)第16条の3第1項、第16条の6第1項、第16条の10、第18条の2、第20条の2、第21条第2項、第23条の2、第25条第1項・第2項(第52条の4第2項、第52条の5第2項において準用する場合を含む。)
所定外労働等の制限	第16条の8第1項(第16条の9第1項において準用する場合を含む)、第17条第1項(第18条第1項において準用する場合を含む。)、第19条第1項(第20条第1項において準用する場合を含む。)、第23条第1項から第3項まで、第26条

※ 労働者派遣法第47条の3の規定により適用する場合を含む。

3. その他の不受理事由

- ☐ a 暴力団員(注2)に該当する。
☐ b 法人の場合、役員の中に暴力団員がいる。
☐ c 暴力団員が自身(又は法人)の事業活動を支配している。

(注2) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条6号に規定する暴力団員をいう。

4. その他(求人不受理のためのチェック項目ではありませんが、ご確認ください。)

職業紹介事業者は、同盟罷業(ストライキ)又は作業所閉鎖(ロックアウト)が行われている事業所に対して職業紹介を行ってはならないこととされていますので、該当する場合はチェックをお願いします。

- ☐ 事業所において、同盟罷業又は作業閉鎖が行われている。

令和7年度福岡県看護補助者確保支援事業 事業申込書兼求人票

下記の内容にて、令和7年度福岡県看護補助者確保支援事業に申し込みます。

施設情報				申込日： 年 月 日		依頼人数		名					
施設名フリガナ													
施設名													
本社所在地		〒		事業内容		☐ 歯科医院 ☐ 病院 ☐ 医院							
代表者		代表者役職		代表者氏名		設立 ※西暦		年 月		形態		☐ 急性期 ☐ 療養型 ☐ 精神 ☐ ケアミックス ☐ 回復期リハ ☐ その他	
従業員数		人		うち就業場所		人		(うちパート		人)			
採用担当者フリガナ		部署		役職		病床数		急性期 ()床 一般()床 療養介護型()床 療養医療型()床 精神 ()床 地域包括ケア()床 回復期リハ ()床					
採用担当者													
連絡先		電話番号		FAX番号				メールアドレス					
施設HPのURL		☐ 無 ☐ 有 ⇒URL(										)	

求人概要									
就業場所・部署名									
所在地		〒		交通 アクセス					
就業場所の変更の有無		☐ 無 ☐ 有		※入社後に変更の可能性有る場合は、変更後の就業場所を記載⇒					
職種		☐ 歯科助手 ☐ 看護補助者		派遣期間		ヶ月又は 年 月 日～ 年 月 日 ※派遣期間は最長6ヶ月(～2025年3月31日)です。			
業務内容									
業務の変更の有無		☐ 無 ☐ 有		※入社後に変更の可能性有る場合は、変更後の業務内容を記載⇒					
学歴		☐ 不問 ☐ ()卒以上		職務経歴		☐ 不問 ☐ 尚可()			
資格		☐ 不問 ☐ 尚可(資格名:				募集の背景			
本事業(派遣期間)における「苦情申出先」		[部署]		[役職]					
		[氏名]		[連絡先]					
本事業(派遣期間)における「派遣先責任者」		[部署]		[役職]					
		[氏名]		[連絡先]					
本事業(派遣期間)における「指揮命令者」		[部署]		[役職]					
		[氏名]		[連絡先]					

就業条件《紹介予定派遣》													
就業時間		実働時間		休憩時間		契約外単価 適用条件		月平均		変形労働制の有無		☐ 無 ☐ 有	
① ~				分		時間超		日		※有の場合、追って企業カレンダーを確認させていただきます。			
② ~				分		時間超		日		週の平均労働時間		平均 時間/週	
③ ~				分		時間超		日		月の平均労働日数		平均 日/月	
④ ~				分		時間超		日		時間外労働時間 ※残業代は医療機関様ご負担		月平均 時間	
⑤ ~				分		時間超		日		週休二日制			
⑥ ~				分		時間超		日		休暇 (年末年始○日、夏季○日等)			
休 日		休日に✓してください ⇒ ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝											
給与形態		☐ 月給 ☐ 時給		※月額201,600円(日額9,600円)を超えた分は医療機関様ご負担です。 ※賞金の設定について: 同じポジションの従業員との賞金差に留意いただき、 直接雇用後の条件と大きく乖離しないよう設定をお願いいたします。									
月 給		円 ~ 円		通勤費		☐ 全額支給 ☐ 上限あり(円/月) ☐ 支給なし							
時 給		円 ~ 円		手 当 医療機関様ご負担		☐ なし ☐ あり()							
服 装		☐ 制服 ☐ 私服		※私服の指定(スニーカー)等⇒									
給食施設		☐ 無 ☐ 有		休憩室		☐ 無 ☐ 有		更衣室		☐ 無 ☐ 有		ロッカー ☐ 無 ☐ 有	
車通勤		☐ 可 ☐ 不可		駐車場		☐ 無 ☐ 有		駐車料金		円/月			
受動喫煙対策		☐ 屋内禁煙 ☐ 屋内禁煙(喫煙室あり) ☐ 敷地内禁煙 ☐ 敷地内禁煙(喫煙場所あり) ☐ その他()											

就業条件《直接雇用になった場合》

雇用形態	☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ パート・アルバイト ☐ その他			試用期間	なし ※直接雇用後の試用期間は認められません		
契約期間	☐ 期間の定め無し ☐ 期間の定め有り ⇒ 期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ） または ヶ月 【更新の有無】 ☐ 有 ☐ 無 ※契約更新の判断理由： 【更新の上限】 ☐ 有 ☐ 無 ※通算契約期間の上限： 年 ※更新回数の上限： 年						
賃金	給与形態	☐ 月給 ☐ 時給		時給	円 ～ 円		
	《月給の場合》二重線枠内すべての記載をお願いします。 《時給の場合》②③の詳細のみ記載してください。						
	①基本給	下限:	円	②その他手当 ※自動計算	下限:	0 円	③固定残業代 ※自動計算
		上限:	円		上限:	0 円	
	②その他手当 の詳細	▼手当の名称 ▼金額(下限) ▼金額(上限) (1) 手当 円～ 円 (3) 手当 円～ 円 (2) 手当 円～ 円 (4) 手当 円～ 円 ※住宅手当・深夜勤務手当・休日出勤手当・宿日直手当・交番手当など、基本給以外で定期的に支払われるものをすべてご記載ください。					
	③固定残業代 の詳細	固定残業代の有無		⇒	固定残業代の 下限と上限	～ 円	
	【有の場合入力】 時間外労働の有無にかかわらず、 時間分の時間外手当を固定残業代として支給し、 時間を超える時間外労働分は追加で支給する。						
月収 ※月給の場合記載(①～④の合計)		0 円 ～ 0 円		年収 ※月給の場合記載	円 ～ 円		
通勤費	☐ 全額支給 ☐ 上限あり（ 円/月） ☐ 支給なし						
賞与	☐ 無 ☐ 有 ⇒（前年度実績）年 回（ カ月）または 円						
昇給	☐ 無 ☐ 有 ⇒（前年度実績）年 回（ ～ ）						
その他特記事項							
就業時間	※派遣期間の就業時間から変更がある場合は記載				転勤の有無	☐ 無 ☐ 有	
					月の平均労働日数	平均 日/月	
					週休二日制		
時間外労働	月平均 時間	有給休暇	初年度 日(入社後 ヶ月目から		年間休日	日	
休日	休日に✓してください⇒ ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝				休暇 (年末年始○日、夏季○日等)		
定年制	☐ 無 ☐ 有()歳	退職金制度	☐ 無 ☐ 有(勤続 年以上)	給与締日・支払日	締日:	支払日:	
保険	☐ 健康保険 ☐ 雇用保険 ☐ 厚生年金 ☐ 労災保険 ☐ その他()						
福利厚生	☐ 研修制度 ☐ 企業年金 ☐ 託児所有 ☐ 社宅有(月 円) ☐ 寮有(月 円) ☐ 借上げ社宅有						
備考							

◆◆ 重要事項 ◆◆

一定の労働関係法令違反のある求人者からの求人の申し込みは受理できません。

別紙のチェックシートをご覧いただき、不受理の対象に該当しないことを確認いただきますようお願いいたします。

ご確認後、下記太枠内に「✓」を入力の上、必要事項を入力してください。

《自己申告欄》

▼不受理の対象に該当しないことを確認後、枠内に✓してください

☐

私どもは、この求人申込みの時点において
職業安定法に規定する求人不受理の対象に該当いたしません。

日 付： 年 月 日

事業所名 :

事業所所在地 :

代表者役職 :

代表者名 :

《留意事項》

- 紹介予定派遣とは、派遣終了後に派遣先に直接雇用されることを目的とした派遣形態です。
- 派遣期間終了後、医療機関様と求職者、双方の合意のうえ直接雇用となります。派遣終了1か月前に意思確認を行います。
- 本求人票は「福岡県看護補助者確保支援事業」にもとづいています。お申込み後、記載内容について確認させていただく場合があります。
- 派遣期間中はアソウ・ヒューマニーセンターでの雇用となるため、弊社の就業規則が適用されます。労働時間は週40時間以内が基準です。日曜～土曜までの7日間で40時間を超えた場合、超過分が残業代となりますのでご注意ください。
- 昨年度本事業への申込をされた場合でも、令和7年度分として改めて求人票兼事業申込書を提出いただきますようお願いいたします。

申 込 先

株式会社アソウ・ヒューマニーセンター事業開発部

メール:kango@ahc-net.co.jp

FAX:092-725-3622

《記載例》 令和7年度福岡県看護補助者確保支援事業 事業申込書兼求人票

下記の内容にて、令和7年度福岡県看護補助者確保支援事業に申し込みます。

施設情報		申込日: 令和7 年 7 月 1 日		依頼人数 1 名	
施設名フリガナ	マルマルカイ マルマルビヨウイン				
施設名	医療法人〇〇会 〇〇〇〇病院				
本社所在地	〒 810-0001 福岡市中央区天神〇-〇-〇		事業内容	☐ 歯科医院 ☒ 病院 ☐ 医院	
代表者	代表者役職	代表者氏名	設立 ※西暦	2005 年 5 月	形態
	理事長	〇〇 〇〇			
従業員数	215 人 うち就業部署 90 人 (うちパート 30 人)				
採用担当者フリガナ	マルマル マルマル	部署	役職	病床数	急性期 (50) 床 一般 (40) 床
採用担当者	〇〇 〇〇	事務部	部長		療養介護型 () 床 療養医療型 () 床
連絡先	電話番号	FAX番号	メールアドレス		精神 () 床 地域包括ケア () 床
	092-000-0000	092-000-0000	〇〇〇〇〇〇@ahc-net.co.jp		回復期リハ () 床
施設HPのURL	☐ 無 ☒ 有 ⇒ URL (https://www.ahc-net.co.jp/)				

求人概要	
事業所・部署名	医療法人〇〇会 〇〇〇〇病院 看護部
所在地	〒 810-0001 福岡市中央区天神〇-〇-〇 交通アクセス 地下鉄空港線 天神駅より徒歩3分
就業場所の変更の有無	☒ 無 ☐ 有 ※入社後に変更の可能性有る場合は、変更後の就業場所を記載⇒
職種	☐ 歯科助手 ☒ 看護補助者 派遣期間 6 ヶ月 又は 年 月 日 ~ 年 月 日 ※派遣期間は最長6ヶ月(～2025年3月31日)です。
業務内容	病棟における療養環境整備(ベッドメイク、食事の配膳、入浴介助、排泄介助 等)
業務の変更の有無	☒ 無 ☐ 有 ※入社後に変更の可能性有る場合は、変更後の業務内容を記載⇒
学歴	☒ 不問 ☐ () 卒以上 職務経験 ☒ 不問 ☐ 尚可 ()
資格	☒ 不問 ☐ 尚可 (資格名:) 募集の背景 欠員補充
本事業(派遣期間)における「苦情申出先」	[部署] 事務部 [役職] 部長 [氏名] 〇〇 〇〇 [連絡先] 092-000-0000
本事業(派遣期間)における「派遣先責任者」	[部署] 事務部 [役職] 部長 [氏名] 〇〇 〇〇 [連絡先] 092-000-0000
本事業(派遣期間)における「指揮命令者」	[部署] 看護部 [役職] 部長 [氏名] 〇〇 〇〇 [連絡先] 092-000-0000

就業条件《紹介予定派遣》						
就業時間	実働時間	休憩時間	契約外単価 適用条件	月平均	変形労働制の有無	☐ 無 ☐ 有
① 8時30分 ~ 17時30分	8時間00分	60 分	8 時間超	6 日	※有の場合、追って企業カレンダーを確認させていただきます。	
② 9時00分 ~ 18時00分	8時間00分	60 分	8 時間超	6 日	週の平均労働時間	平均 40 時間/週
③ 7時00分 ~ 16時00分	8時間00分	60 分	8 時間超	4 日	月の平均労働日数	平均 20 日/月
④ 11時00分 ~ 20時00分	8時間00分	60 分	8 時間超	4 日	時間外労働時間 ※残業代は医療機関様ご負担	月平均 5 時間
⑤ ~		分	時間超	日	週休二日制	シフト制
⑥ ~		分	時間超	日	休暇 (年末年始〇日、夏季〇日 等)	年末年始4日、夏季3日
休 日	休日に✓してください ⇒ ☒ 月 ☒ 火 ☒ 水 ☒ 木 ☒ 金 ☒ 土 ☒ 日 ☒ 祝					

給与形態	☐ 月給 ☒ 時給 ※月額201,600円(日額9,600円)を超えた分は医療機関様ご負担です。 ※賞金の設定について: 同じポジションの従業員との賞金差に留意いただき、直接雇用後の条件と大きく乖離しないよう設定をお願いします。
月 給	円 ~ 円 通勤費 ☐ 全額支給 ☒ 上限あり (20,000 円/月) ☐ 支給なし
時 給	1,100 円 ~ 1,100 円 手 当 医療機関様ご負担 ☒ なし ☐ あり ()
服 装	☒ 制服 ☐ 私服 ※私服の指定(スニーカー)等⇒
給食施設	☒ 無 ☐ 有 休憩室 ☐ 無 ☒ 有 更衣室 ☐ 無 ☒ 有 ロッカー ☐ 無 ☒ 有
車通勤	☒ 可 ☐ 不可 駐車場 ☐ 無 ☒ 有 駐車料金 1,000 円/月
受動喫煙対策	☐ 屋内禁煙 ☐ 屋内禁煙(喫煙室あり) ☒ 敷地内禁煙 ☐ 敷地内禁煙(喫煙場所あり) ☐ その他 ()

就業条件《直接雇用になった場合》

雇用形態	☐ 正社員 ☒ 契約社員 ☐ パート・アルバイト ☐ その他			試用期間	なし ※直接雇用後の試用期間は認められません				
契約期間	☐ 期間の定め無し ☒ 期間の定め有り ⇒ 期間（ 令和7 年 4 月 1 日 ～ 令和7 年 9 月 30 日 ） または ヶ月 【更新の有無】 ☒ 有 ☐ 無 ※契約更新の判断理由： 能力、勤務態度により判断する 【更新の上限】 ☐ 有 ☐ 無 ※通算契約期間の上限： 2.5 年 ※更新回数の上限： 5 回								
賃 金	給与形態	☒ 月給 ☐ 時給		時 給	円 ～ 円				
	《月給の場合》二重線枠内すべての記載をお願いします。 《時給の場合》②③の詳細のみ記載してください。								
	①基本給	下限:	165,000 円	②その他手当 ※自動計算	下限:	15,000 円	③固定残業代 ※自動計算	下限:	0 円
		上限:	175,000 円		上限:	30,000 円		上限:	0 円
	②その他手当 の詳細 定期的に支払わ れる手当	▼手当の名称 ▼金額(下限) ▼金額(上限)							
		(1)	住宅 手当	10,000 円～		10,000 円	(3)	手当 円～ 円	
		(2)	夜勤 手当	5,000 円～		20,000 円	(4)	手当 円～ 円	
	③固定残業代 の詳細	※住宅手当・深夜勤務手当・休日出勤手当・宿日直手当・交替手当など、基本給以外で定期的に支払われるものをすべてご記載ください。							
	固定残業代の有無	無	⇒	固定残業代の 下限と上限	～ 円				
	【有の場合入力】 時間外労働の有無にかかわらず、 時間分の時間外手当を固定残業代として支給し、 時間を超える時間外労働分は追加で支給する。								
	月収 ※月給の場合記載(①～④の合計)	180,000 円 ～ 205,000 円		年収 ※月給の場合記載	円 ～ 円				
通勤費	☐ 全額支給 ☒ 上限あり（ 20,000 円/月） ☐ 支給なし								
賞与	☐ 無 ☒ 有 ⇒（前年度実績）年 2 回（ 2.00 カ月）または 円								
昇給	☐ 無 ☒ 有 ⇒（前年度実績）年 1 回（ 0 ～ 1.5% ）								
その他特記事項									

就業時間	※派遣期間の就業時間から変更がある場合は記載				転勤の有無	☒ 無 ☐ 有	
	夜勤あり。月4日程度（16:00～9:00/休憩2時間）。夜勤手当5,000円/回。				月の平均労働日数	平均 20 日/月	
					週休二日制	シフト制	
時間外労働	月平均 10 時間	有給休暇	初年度 10 日（入社後 6 ヶ月目から		年間休日	120 日	
休 日	休日に✓してください⇒ ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝				休暇 (年末年始○日、夏季○日 等)	年末年始4日、夏季3日	
定年制	☐ 無 ☒ 有(60)歳	退職金制度	☐ 無 ☒ 有(勤続 5 年以上)		給与締日・支払日	締日: 月末 支払日: 翌10日	
保険	☒ 健康保険 ☒ 雇用保険 ☒ 厚生年金 ☒ 労災保険 ☐ その他()						
福利厚生	☒ 研修制度 ☐ 企業年金 ☐ 託児所有 ☐ 社宅有(月 円) ☐ 寮有(月 円) ☐ 借上げ社宅有						
備考	☐						

◆◆ 重要事項 ◆◆
一定の労働関係法令違反のある求人者からの求人の申し込みは受理できません。
別紙のチェックシートをご覧いただき、不受理の対象に該当しないことを確認いただきますようお願いいたします。
ご確認後、下記太枠内に「✓」を入力の上、必要事項を入力してください。

《自己申告欄》
▼不受理の対象に該当しないことを確認後、枠内に✓してください

☒ 私どもは、この求人申込みの時点において、職業安定法に規定する求人不受理の対象に該当いたしません。

日 付 : 令和7 年 7 月 1 日

事業所名 : 医療法人〇〇会 〇〇〇〇病院

事業所所在地 : 福岡市中央区天神〇ー〇ー〇

代表者役職 : 理事長 代表者名 : 〇〇 〇〇