

認知症初期集中支援事業に係るコーディネーターの募集

コーディネーター（正規）採用申込書（別添）

1. 募集要件	
(1)募集人数	若干名
(2)応募資格	保健師・看護師（採用時点で60歳未満の方） ケアマネジャーの資格があれば、なお良し
(3)仕事内容	認知症初期集中支援事業（※）（神戸市からの委託事業）におけるコーディネーターとして、事業の連絡・調整及び家庭訪問等を行う。 （※）認知症の疑いがあるが医療・介護サービスを利用していない方、あるいは医療・介護サービスを利用しているが、BPSD（周辺症状）が顕著で対応に苦慮している方を対象に、専門医と専門職で構成するチームを配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。 ①対象者把握・訪問調整 ②チーム員会議の調整 ③チーム員会議の参加 ④集中支援の実施 ⑤活動記録 ⑥モニタリング ⑦報告書作成 ⑧広報・啓発等
(4)申込期間	随時
(5)応募方法	①採用申込書【別添】又は履歴書 ②保健師又は看護師免許証の写し郵送又は持参
(6)選考日	随時（別途連絡）
(7)選考方法	書類審査、面接、健康診断（内定の場合）
(8)採用決定、採用日	随時（別途連絡）
(9)勤務場所	神戸高齢者総合ケアセンター3階 神戸市中央区日暮通5丁目5番8号（三宮から東へ徒歩約15分）
2. 募集要件	
(1)勤務時間	8:45～17:15（休憩45分）
(2)休日	土・日・祝・年末年始
(3)給与	初任給205,500円以上（諸手当含む） 経験による加算有 4年制大学卒1号給加算有 賞与：年2回 交通費：月額50,000円まで別途実費支給
(4)休暇	年次有給休暇：10日（初年度は採用時期により異なる。毎年増加、勤続5年で20日限度） 夏期休暇：5日～0日（初年度は採用時期により異なる。） 特別休暇：結婚休暇、忌服休暇、産前産後休暇等 その他、子育て支援のための短時間勤務制度あり。
(5)加入保険	健康保険、厚生年金、労災保険、雇用保険
(6)その他	各種福利厚生制度

認知症初期集中支援事業に係るコーディネーターの募集

コーディネーター（嘱託）採用申込書（別添）

1. 募集要件	
(1)募集人数	若干名
(2)応募資格	保健師・看護師（採用時点で60歳以上で65歳未満の方） ケアマネジャーの資格があれば、なお良し
(3)仕事内容	認知症初期集中支援事業（※）（神戸市からの委託事業）におけるコーディネーターとして、事業の連絡・調整及び家庭訪問等を行う。 （※）認知症の疑いがあるが医療・介護サービスを利用していない方、あるいは医療・介護サービスを利用しているが、BPSD（周辺症状）が顕著で対応に苦慮している方を対象に、専門医と専門職で構成するチームを配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。 ①対象者把握・訪問調整 ②チーム員会議の調整 ③チーム員会議の参加 ④集中支援の実施 ⑤活動記録 ⑥モニタリング ⑦報告書作成 ⑧広報・啓発等
(4)申込期間	随時
(5)応募方法	①採用申込書【別添】又は履歴書 ②保健師又は看護師免許証の写し郵送又は持参
(6)選考日	随時（別途連絡）
(7)選考方法	書類審査、面接、健康診断（内定の場合）
(8)採用決定、採用日	随時（別途連絡）
(9)勤務場所	神戸高齢者総合ケアセンター3階 神戸市中央区日暮通5丁目5番8号（三宮から東へ徒歩約15分）
2. 募集要件	
(1)勤務時間	8:45～17:15（休憩45分）
(2)休日	土・日・祝・年末年始
(3)給与	初任給181,800円（コーディネーター手当含む） 経験による加算有 4年制大学卒1号給加算有 賞与：年2回 交通費：月額50,000円まで別途実費支給
(4)休暇	年次有給休暇：10日（初年度は採用時期により異なる。毎年増加、勤続5年で20日限度） 夏期休暇：5日～0日（初年度は採用時期により異なる。） 特別休暇：忌服休暇等
(5)加入保険	健康保険、厚生年金、労災保険、雇用保険
(6)その他	各種福利厚生制度

一般財団法人 神戸在宅医療・介護推進財団
コーディネーター（認知症初期集中支援事業）申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな 1 氏名	2 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	3 雇用形態 <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 嘱託	No.
4 生年月日 昭和 年 月 日生 平成	5 年齢（申込日現在） 満 歳 月		写 真
ふりがな 6 現住所 (〒 -) (☎ - -) (携帯 - -) (e-mail :)	(() 方)		
7 連絡先（帰省先等）			(☎ - -) (() 方)
8 学歴			
学 校 名 (履修年限)	学 科	在学期間	卒業等
(高等学校名) ()		年 月から 年 月まで	卒
()		年 月から 年 月まで	卒・修了 ・見込み
()		年 月から 年 月まで	卒・修了 ・見込み
()		年 月から 年 月まで	卒・修了 ・見込み
()		年 月から 年 月まで	卒・修了 ・見込み
9 資格・免許の名称等			
<input type="checkbox"/> 保健師 No. () 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 看護師 No. () 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーNo. () 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自動車運転免許 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他の資格・免許 () ()			

10 職 歴							
勤務先の名称			担当業務		在 職 期 間		
					年 月 ～ 年 月		
					年 月 ～ 年 月		
					年 月 ～ 年 月		
					年 月 ～ 年 月		
					年 月 ～ 年 月		
					年 月 ～ 年 月		
11 認知症初期集中支援事業のコーディネーターを志望した理由							
12 ボランティア活動歴、特技、趣味等				13 自己の性格			
14 家 族							
本人との続柄	氏 名	年齢	同 居 別 居	本人との続柄	氏 名	年齢	同 居 別 居
			同・別				同・別
			同・別				同・別
			同・別				同・別
15 他の就職試験受験の有無及び施設名							
<input type="checkbox"/> ある 施設名 () <input type="checkbox"/> ない							
以上のとおり相違ありません 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏名 印</div>							