

徳島県会計年度任用職員（補助業務）募集要領

1 応募資格

次の全ての条件を満たす者

- ・地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しない者

2 募集人員

2名

3 身分及び業務内容

地方公務員法第22条の2に規定する会計年度任用職員として、次の事務に従事していただきます。

（業務内容）

- ・事務作業（印刷、文書配布、データ入力、シュレッダー等）

4 任用期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

※任用後、原則として1月間は条件付採用期間です。

※期間満了後については、勤務成績が良好で一定条件を満たした場合、再度任用される場合があります。ただし、4回（連続する5会計年度）に限ります。

5 勤務条件等

勤務場所：徳島県教育委員会事務局ワークセンター（特別支援教育課内）

所定労働日数：週5日

勤務時間：原則として、9時00分から15時45分まで（応相談）

（休憩時間60分）※原則、超過勤務なし。

休日：土曜日、日曜日、祝日及び年末年始（12月29日から翌年1月3日まで）

休暇：年次有給休暇（任用期間、勤務日数に応じて付与）、産前産後休暇、育児時間休暇、生理休暇、子の看護等休暇 等

報酬：日額7,000円程度

（現在の規定における令和8年4月1日時点の額であり、改定する場合があります。）

その他手当：期末手当（任用期間6月以上等）、勤勉手当（任用期間6月以上等）、通勤に係る費用弁償等

※いずれも一定条件を満たした場合に支給

社会保険：健康保険（勤務時間、給与の額、任用期間が一定の要件を満たす場合、公立学校共済組合制度が適用されます。）、厚生年金保険（勤務時間、給与の額、任用期間が一定の要件を満たす場合、適用されます。）、雇用保険（勤務時間、任用期間が一定の要件を満たす場合、適用されず。）、災害補償（勤務場所等に応じて、労災保険、議会の議員その他

非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例のいずれかにより補償されます。)

コンプライアンス等：会計年度任用職員は、正規職員と同じく、コンプライアンス基本方針を遵守しなければならないほか、一般職の地方公務員であることから、秘密を守る義務、職務に専念する義務などの地方公務員法の規定が適用されます。

6 選考方法

応募者に対して面接審査を行います。

7 面接日時・場所

日時：令和8年3月23日（月曜日） 午前10：00から

場所：徳島県庁9階 教育委員室（予定）

※詳細な日時・場所は別途連絡いたします。

8 応募手続

（1）申込方法

（ア）受付期間

令和8年3月2日（月曜日）から令和8年3月11日（水曜日）まで

※受付期限後の申し込みは受付しませんので、十分注意してください。

（イ）提出書類

ア 履歴書（徳島県指定様式。顔写真を添付してください。）

イ ハローワークの紹介状（必須ではありません。）

（不採用者の提出書類については返却します。）

ウ 就労パスポート（必須ではありません。）

（ウ）提出方法

ア 持参による申し込み

受付期間中の執務日（月曜日から金曜日）の午前9時から午後5時までに、11の提出先に提出してください。

イ 郵送による申し込み

封筒の表に「徳島県教育委員会会計年度任用職員（補助業務）申込」と朱書きし、必ず「書留郵便」により11の提出先に郵送してください。

（令和8年3月11日（水曜日） 必着）

9 選考結果の通知

面接審査終了後7日以内に面接審査の受験者全員に文書で通知します。

（合格者には電話でも連絡を行います）

10 その他

応募者に係る個人情報については、適切に管理し、本件以外には一切利用しません。

11 提出先（連絡先）

徳島県教育委員会事務局教育政策課

担当者：園原

〒770-8571 徳島県徳島市万代町1丁目1番地徳島県庁9階

電話番号（088）621-3208 ファクシミリ（088）621-2879

（求人に関する特記事項）

（1）次に掲げる手帳等の交付を受けている必要があります。

- ・ 身体障害者福祉法第15条に定める身体障害者手帳又は都道府県知事の定める医師（以下「指定医」という。）若しくは産業医による障害者の雇用の促進等に関する法律別表に掲げる身体障がいをもつ旨の診断書・意見書（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫又は肝臓の機能の障がいについては、指定医によるものに限る。）
- ・ 都道府県知事若しくは政令指定都市市長が交付する療育手帳又は児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医若しくは障害者職業センターによる知的障がい者であることの判定書
- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に定める精神障害者保健福祉手帳

（2）採用となった場合に上記の障害者手帳等の写しを人事担当者に提供をお願いします。