

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

1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）

一般的な事務補助又は作業補助に従事していただきます。

- （1）電話・窓口対応、郵便物等の受取・配布、校内連絡用務等
- （2）事務作業（印刷、文書配布、データ入力、シュレッダー等）
- （3）学校の環境整備（校内の美化・清掃、ゴミ収集等）
- （4）授業準備（教材作成の補助、用具の準備、印刷、コピー等）
- （5）学校行事の準備・運営補助

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、2回（連続する3会計年度）に限ります。

5 勤務条件等

勤務場所：徳島県立徳島科学技術高等学校

所定労働日数：週5日

勤務時間：原則として8時30分から17時までの7時間45分

（休憩時間45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）

学校行事により土、日、祝日勤務となることがあります。（振替あり）

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

給料：月額199,128円程度（地域手当含む）

（現在の規定における令和8年3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）、通勤手当、退職手当（任用期間が6月を超える等）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（2月超の任用期間が見込まれる場合、公立学校共済組合制度が適用されます。）、厚生年金保険（一定条件下で1年を超えて勤務した場合、公立学校共済組合制度が適用され、厚生年金保険は適用除外となります。）、雇用保険（職員の退職手当に関する条例適用後は、雇用保険は適用除外となります。）、災害補償（勤務場所や勤務期間等に応じて、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、地方公務員災害補償基金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、営利企業等の従事制限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18日（水曜日） 10：00から

場所：徳島県立徳島科学技術高等学校

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13日（金曜日）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13日（金曜日） 必着）

9 選考結果の通知

面接審査終了後10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)

徳島県立徳島科学技術高等学校

担当者:新田

〒770-0006 徳島市北矢三町二丁目1-1

電話番号(088)631-4185 ファクシミリ(088)631-1110

電子メール tokushimakagakugi jutsukoukou@pref.tokushima.lg.jp

(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(を有する旨の診断書・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。