



福岡県医発第 1702 号 (地)

令和 3 年 9 月 9 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

看護補助者確保支援事業の実施について (訂正)

標記事業の実施につきましては、令和 3 年 8 月 12 日付福岡県医発第 1450 号(地)にてご連絡しておりましたが、今般、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通知文の記載内容に誤りがあった旨連絡がありましたのでお知らせいたします。

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、

- 1) 別添医療機関向けチラシについては訂正はありません。
- 2) 求人を行う際の申込書は福岡県のホームページ (<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/r3kangohojosya.html>) に掲載されております。

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 14 階

T E L : 092-733-8293

F A X :

(誤) 092-751-1069



(正) 092-725-3622

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

小郡三井医師会より

医業経営担当理事 田中久志
会長 島田昇二郎

3医指第1407号
令和3年8月25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医療指導課
医師・看護職員確保対策室長



看護補助者確保支援事業の実施について（訂正）

日頃から本県の保健医療行政にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記事業につきましては、令和3年8月6日付3医指第1254号にて実施をお知らせしたところですが、通知文の記載内容に誤りがありましたので、下記のとおり訂正をさせていただきます。

なお、別添医療機関向けチラシ及び福岡県のホームページ掲載分については訂正がないことを念のため申し添えます。

すでに貴会会員への周知を行われている場合は、大変お手数ですが改めて周知していただきますようお願いいたします。ご迷惑をおかけしましたことを深くお詫び申し上げます。

記

（お問合せ先事業者）

※令和2年度の事業者から変更されておりますので、ご注意ください。

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14階

電話番号：092-733-8293

FAX 番号：(誤) 092-751-1069

(正) 092-725-3622

E-mail：kango@ahc-net.co.jp

※ 求人登録を行う際の申込書は福岡県のホームページに掲載しております。

掲載ページは、福岡県庁のホームページから『看護補助者』で検索いただくか、下記のURLを入力ください。

なお、申込書は事業者に直接送付いただきますようお願いいたします。

URL：https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/r3kangohojosya.html

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

看護職員確保班 山下

TEL：092-643-3276 FAX：092-643-3277

E-mail：yamashita-y7228@pref.fukuoka.lg.jp

令和3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3年4月21日～令和4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14階

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項）

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

令和3年度 看護補助者確保支援事業求人票/看護補助者確保支援事業申込書

福岡県看護補助者確保支援事業に申し込みます

No.				担当	
記入(申込)日 年 月 日				受付	
(フリガナ) (必須)				求人数	
施設名 (病院・団体名) (必須)				設立	
所在地 (必須)				理事長 院長 (必須)	
事業内容 (必須)	☐ 歯科医院 ☐ 病院 ☐ 医院			形態	☐ 急性期 ☐ 療養型 ☐ 精神 ☐ ケアミックス ☐ 回復期リハ
職員数	名(うち部署人数 名) 平均年齢 歳			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
求人(申込)担当者	(部署) (必須)		(氏 名) (必須)		(TEL) (必須) e-mail (必須) (FAX) (必須)
添付資料	☐ 病院案内 ☐ 企業カレンダー(変形労働制の場合)		HP	☐ 有 ☐ 無	

【求人概要】

職 種	☐ 歯科助手 ☐ 看護補助者		職位			年 齢	☐ 不問 ☐ 有
年齢制限理由	才から 才まで 理由						
学 歴	☐ 不問 ☐ 卒以上		職種経験	☐ 必須(年以上) ☐ 優遇 ☒ 必要無し			
資 格	☒ 不問			資格名 ()	☐ 必須 ☐ 優遇		
派遣期間	ヶ月 または 期間(年 月 日 ~ 年 月 日)						
(必須)勤務先	医療機関名	部署名	所在地			最寄駅(徒歩)	
(必須)仕事内容			所属部内構成	管理職	名 (うち女性 名) / 平均 歳		
				一般職	名 (うち女性 名) / 平均 歳		
				派遣	名 (うち女性 名) / 平均 歳		
				その他	名 (うち女性 名) / 平均 歳		

◆募集の背景(求人理由)◆

(必須) 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】
(必須) 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】
(必須) 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】

【勤務条件詳細】 紹介予定派遣

(必須) 就業時間	変形労働制 ☐ 有 ☐ 無 ※＜有＞の場合、企業カレンダー必須				契約外単価 適用条件	月平均
	(1)	～	休憩時間	～	実働 時間 分	月平均 日
	(2)	～	休憩時間	～	実働 時間 分	月平均 日
	(3)	～	休憩時間	～	実働 時間 分	月平均 日
	(4)	～	休憩時間	～	実働 時間 分	月平均 日
	(5)	～	休憩時間	～	実働 時間 分	月平均 日
	(6)	～	休憩時間	～	実働 時間 分	月平均 日
(必須) 休日	月 火 水 木 金 土 日 祝 ☐ 週休2日制 ☐ シフト制 (例:4週8休 など)				(必須) 給 与	月給 ￥168,000円/月を超えた分は医療機関様ご負担です ～
	週 日、週 時間		月平均労働日数 日 年間休日 日	時給 ～		
駐車場(必須)	☐ 有 (☐ 有料 円/ ☐ 無料) ☐ 無				通 勤 費	☐ 全額支給 ☐ 上限あり/月 円まで
託児所(必須)	☐ 有 (条件等) ☐ 無				手 当(必須)	※手当につきましては医療機関様ご負担です ☐ 手当なし ☐ 手当あり :
給与	末締翌15日支払					
休 暇(必須)	①夏季休暇 日 ②年末年始休暇 日					

【直接雇用になった場合の勤務条件】 ※すべての項目の記載をお願いします。

契約期間	☐ 契約期間の定めなし ☐ 契約期間の定め有り		期間(～)または 12 ヶ月
雇用形態	☐ 正社員 ☐ 契約社員(ヶ月更新) ☐ パート・アルバイト ☐ その他()		
休 日	月 火 水 木 金 土 日 祝	☐ 週休2日制 ☐ シフト制	給 与
	(例:4週8休 など)	月平均労働日数 日 年間休日 日	月給 円～ 円 時給 円 (年 収) 万円～ 万円
休 暇	夏季(※ 日 / 年末年始 日) 有給休暇 有		給与締日/支払日 締日: 日 / 支払日: 日
残業の有無	☐ 無 ☐ 有 月平均 時間		賞 与
保 険	☐ 健康 ☐ 厚生 ☐ 労災 ☐ 雇用 ☐ 企業年金 ☐ 財形 (その他)		
	制 度	退職金 (勤続 年以上) 定年 歳)	
住宅制度	社宅(月 円)・寮(月 円) 借上社宅 無		年()回 年目まで
試用期間	☐ 無 ☐ 有(ヶ月) 直接雇用後の試用期間は認められない		通勤手当
福利厚生	法人共済組合制度に任意加入できます。		住宅手当
	転勤	☐ 有 ☐ 無	
◆その他備考◆			

《留意事項》

- 1.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。
- 2.派遣期間終了後双方の合意(派遣終了1か月前に確認をおこないます)のうえ直接雇用となります。
- 3.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。
- 4.残業時間について
週40時間が基準ですので、勤務時間が週40時間を超えると残業代が発生します。
- 5.弊社担当者より、記載内容について確認させていただく場合があります。
- 6.申請は郵送、メール、FAXいずれでも可能です。
- 7.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。