

会計年度任用職員（手話通訳者）募集

主催	障がい者支援課
日時	令和7年1月14日（火）～ 令和7年1月31日（金）
場所	加古川市役所 本館1階 障がい者支援課
内容	令和7年度採用のフルタイム会計年度任用職員（手話通訳者）を1名募集します。 募集要項及び申込書を、12月27日（金）に障がい者支援課等に設置し、市ホームページにも公表しました。 ※募集要項、申込書を添付 （ 初めて ・ 恒例 ・ ●回目 ）
対象（参加者）	次の①及び②に該当する人 ①厚生労働省認定手話通訳士又は兵庫県手話通訳者（統一試験合格者）の資格を有し、手話通訳活動を現に行っている人 ②福祉分野に関心があり、障がい者のコミュニケーション支援業務等に熱意を持って取り組む意欲のある人
申込先・方法	■受付期間等について 【受付期間】 令和7年1月14日（火）から1月31日（金）まで 午前8時30分～午後5時15分（土・日曜日を除く。） 【受付場所】 障がい者支援課（※郵送不可） 【募集人数】 1名 【申込方法】 障がい者支援課窓口等に設置している申込書または市ホームページ掲載の申込書により申込み
目的・背景 その他	
市ホームページ	掲載済み ・ 掲載予定（12月27日） ・ 掲載しない
広報かがわ	●月号に掲載 ・ ●月号に掲載予定 ・ 掲載しない

問合せ先

加古川市 障がい者支援課 地域生活支援係（担当：高橋）
☎079-427-9210（内線2840） FAX 079-422-8360

フルタイム

令和 7 年 度 採 用

加古川市

会計年度任用職員

(手 話 通 訳 者)

募集要項



令和 7 年 1 月
受 験 案 内

申込受付期間 令和 7 年 1 月 14 日 (火) ～ 令和 7 年 1 月 31 日 (金)
午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分
※土・日曜日は除きます。
※郵送による申込みはできません。

申込受付場所 加古川市役所 本館 1 階 福祉部 障がい者支援課

加古川市 福祉部 障がい者支援課 地域生活支援係

〒675-8501 加古川市加古川町北在家 2000 番地
電話 (079) 427-9210
FAX (079) 427-9380

1. 応募資格等

職 種	募集人数	応 募 資 格	任 期
手話通訳者	1 名	次の①及び②に該当する人 ①厚生労働省認定手話通訳士又は兵庫県手話通訳者（統一試験合格者）の資格を有する人で、手話通訳活動を現に行っている人 ②福祉分野に関心があり、障がい者のコミュニケーション支援業務等に熱意を持って取り組む意欲のある人	令和7年4月1日から 令和8年3月31日まで ※1年を超えない期間で、 最長5年まで再度任用 する場合があります。

注1) 地方公務員法第16条（欠格要件）のいずれかに該当する人は応募できません。

注2) この採用は、加古川市の正規職員の採用とは無関係であり、正規職員採用の際に優先されるものではありません。

注3) 合格基準に満たない場合は不合格とするため、合格者数が募集人数を下回る場合があります。

2. 受験申込

受付期間	令和7年1月14日（火）～ 令和7年1月31日（金） 午前8時30分から午後5時15分（土・日曜日は除きます。）
必要書類	①加古川市会計年度任用職員採用試験申込書 ②厚生労働省認定手話通訳士又は兵庫県手話通訳者（統一試験合格者）の資格を確認できる書類
受付場所	〒675-8501 加古川市加古川町北在家 2000 番地 加古川市 福祉部 障がい者支援課 地域生活支援係 （加古川市役所 本館1階 窓口33番） ※郵送による申込みはできません。
受 験 票	申込受付後に郵送します。

※申込書及び提出書類一式は、返却いたしません。

3. 試験概要

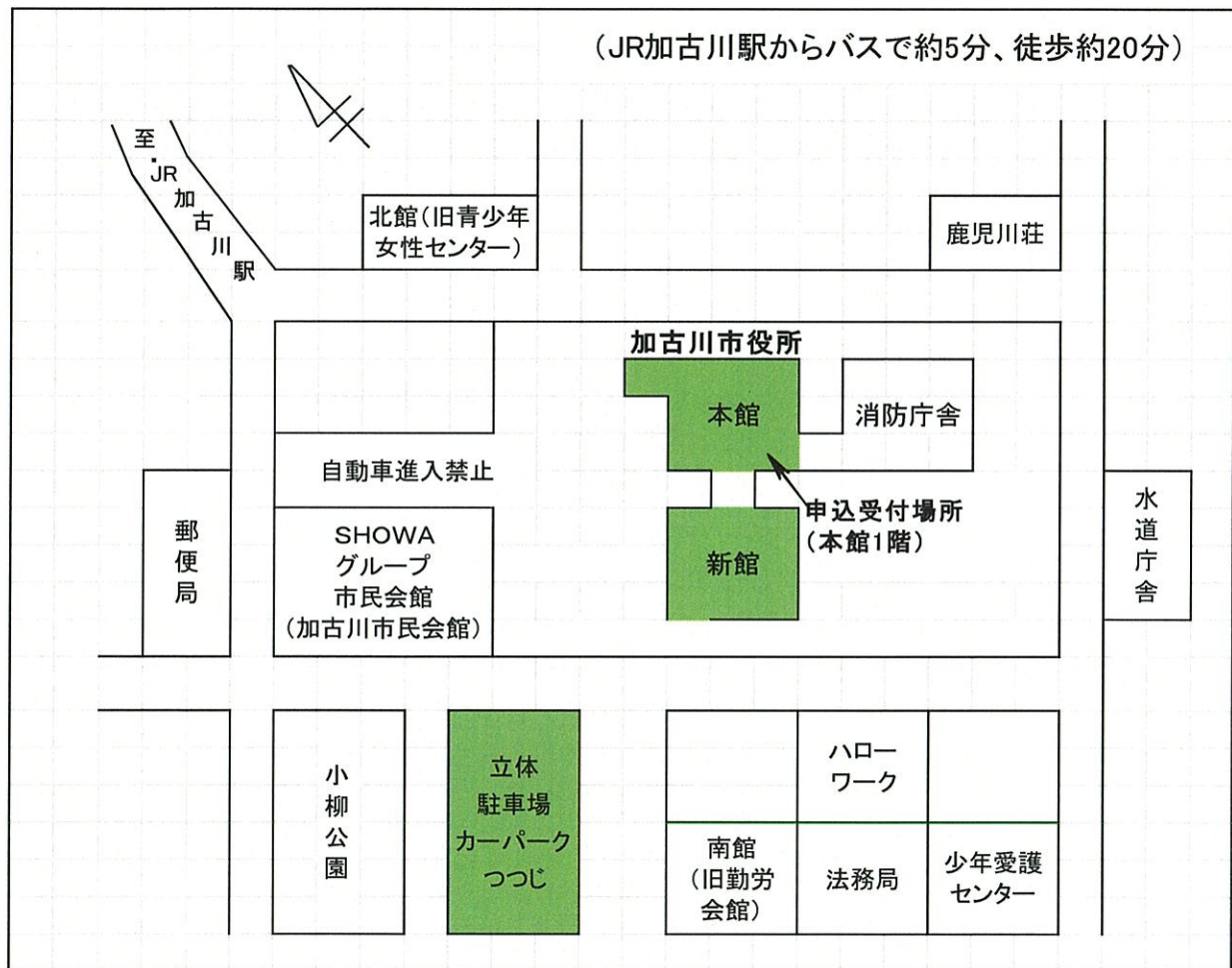
- [試験日] 申込受付後、後日、郵送する受験票で通知します。(別途相談可)
- [試験内容] 面接試験
- [試験会場] 加古川市役所内 (加古川市障がい者支援課で受付)
※車で来られる場合は立体駐車場カーパークつつじ(有料)を利用いただけます。
開場時刻は午前8時15分です。
- [持参する物] 受験票(申込受付後に郵送します。)
- [結果発表] 面接試験実施日から1週間以内に郵送で通知します。

4. 勤務条件

業 務 内 容	窓口等での障がい者のコミュニケーション支援、相談支援、手話通訳者及び要約筆記者の派遣・調整、障がい者コミュニケーション支援施策の企画立案等
勤 務 場 所	障がい者支援課
任 期	令和7年4月1日から令和8年3月31日まで
勤 務 時 間	午前8時30分から午後5時15分まで(休憩時間60分) 週38時間45分【1日7時間45分×週5日】 ※業務の都合により時間外勤務が生じる可能性があります。
休 日	国民の祝日に関する法律に規定する休日及び 12月29日から翌年の1月3日までの日
給 与	月額 197,039円(令和7年4月1日時点) ※本市での勤務実績に応じて加算される場合があります。 また、「加古川市会計年度任用職員の給与及び報酬等に関する条例」の定めるところにより、地域手当(月額に含む)、通勤手当、期末手当(年2回、年間最大2.5月分支給(条件あり))、勤勉手当(年2回、年間最大2.1月分支給(条件あり))、退職手当(条件あり)等を支給します。 ※上記給与及び諸手当の内容は、今後、給与改定等により変更になる場合があります。
休 暇 等	年次有給休暇：任期に応じて付与(1年間に最大20日) ※上記以外に、結婚休暇や忌引休暇等の特別休暇があります。
服 務	地方公務員法に規定するサービスの各規定が適用されます。 (サービスの宣誓、法令等及び上司の職務上の命令に従う義務、信用失墜行為の禁止、秘密を守る義務、職務に専念する義務、政治的行為の制限、争議行為等の禁止、営利企業への従事等の制限) また、懲戒処分等の規定が適用されます。

社 会 保 険	健康保険・厚生年金・雇用保険の適用があります。
公 務 災 害	市の非常勤職員の公務災害補償制度が適用されます。
そ の 他	地方公務員法の規定に基づき、採用時はすべて条件付のものとし、採用後1か月（勤務日数が15日に満たない場合は、その日数が15日に達するまで）を良好な成績で勤務したときに会計年度任用職員として正式採用となります。

5. 申込受付場所及び試験会場位置図



令和7年度 加古川市会計年度任用職員採用試験申込書

受 付	※	ふりがな			男 ・ 女	職 種	受付番号
		氏 名				手話通訳者	※
		生年月日	昭和・平成	年 月 日			
現住所	〒□□□-□□□□ 電話 () -						写 真 ・ 申込前6カ月以内に撮影したもの ・ 上半身、正面向 ・ 縦4.0cm × 横3.0cm
結果通知 送付先	〒□□□-□□□□ 電話 () -						
学 歴	学 校 名 (高等学校以降)	学部・学科名	在 学 期 間		正規修年数	修 学 区 分	
	(最終)		S H R 年 月 ~ S H R 年 月		年	卒業・卒見・修了・中退	
			S H R 年 月 ~ S H R 年 月		年	卒業・卒見・修了・中退	
			S H R 年 月 ~ S H R 年 月		年	卒業・卒見・修了・中退	
職 歴	勤 務 先		職 務 内 容			在 職 期 間	
						S H R 年 月 ~ S H R 年 月	
						S H R 年 月 ~ S H R 年 月	
						S H R 年 月 ~ S H R 年 月	
資 格 ・ 免 許 等	名 称		取得年月日		名 称		取得年月日
			S H R 年 月 日				S H R 年 月 日
			S H R 年 月 日				S H R 年 月 日
	手話通訳活動歴		年 月 ~ 現 在				

私は、地方公務員法第16条（欠格条項）のいずれにも該当していません。

【地方公務員法第16条（抜粋）】

- ① 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- ② 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

以上の記載事項は事実と相違ありません。

年 月 日

氏 名

（必ず自署してください）

〔記入上の注意〕

- 1 記入は、すべて本人の自筆により、黒のボールペン等で記入してください。
2 ※印欄以外は、すべて記入してください。(該当のない場合は「なし」と記入してください。)
3 記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。

<作文> 下記原稿用紙に、応募動機及びご自身が行っている活動についてご記入ください。

[illegible]