

# 令和8年度 福井県臨時的任用職員募集のお知らせ

受付期間 令和8年4月2日(木)～  
選考日 採用試験申込書提出時にお知らせします。

令和8年4月2日

福井県障がい福祉・精神保健相談所  
〒910-0846 福井市四ツ井2丁目8-1  
電話 0776-84-8232

令和8年4月以降、福井県障がい福祉・精神保健相談所に勤務する臨時的任用職員を募集します。

## 1 主な職務内容

- ・障がい者の相談支援
- ・自立支援医療（更生医療）の相談判定
- ・その他これに関する業務

今回募集する臨時的任用職員は、期限付きで採用するものです。勤務期間は概ね6か月ごとに任期を更新し、最長で1年程度となります。

ただし、職員の採用や人事異動に伴う欠員の解消等により退職いただく場合があるほか、勤務実績等により更新できない場合があります。

## 2 採用職種および勤務場所等

職種	勤務場所	勤務期間	募集人数
看護師	福井県障がい福祉・精神保健相談所 (福井市四ツ井2丁目8-1)	令和8年5月から 令和9年3月まで	1名

## 3 応募資格

次の(1)から(3)のいずれにも該当する者

- (1) 保健師助産師看護師法第12条第3項に規定する看護師免許の取得者
- (2) 地方公務員法第16条の欠格条項に該当しない者
- (3) 普通自動車運転免許を有する者

## 4 選考考査

試験内容 口述試験（受験者の職務遂行の能力等について、個別面接を行います。）

試験日程 採用試験申込書提出時にお知らせします。

試験会場 福井県障がい福祉・精神保健相談所（福井市四ツ井2丁目8-1）

- ・受験票は発行しません。
- ・試験当日は、指定の時刻までに試験会場へお越しください。

## 5 合否通知

試験終了後速やかに合否を通知するとともに、合格者に対しては、その後の手続き等についてご案内します。なお、採用後に、採用理由が消滅した場合（臨時的任用職員が必要とされなくなった場合）には退職していただくこととなります。

## 6 勤務条件

勤務日	月曜日から金曜日まで
勤務時間	午前8時30分から午後5時15分まで
給料	大学（修学年数4年）卒の場合 259,000 円（月額） 短大（修学年数3年）卒の場合 254,700 円（月額） ※令和8年4月1日現在 ※なお、職歴等のある方については、一定の基準で算出された額が加算される場合があります。
諸手当	地域手当、通勤手当、期末・勤勉手当等を任用期間に応じて支給します。

## 7 申込手続

別紙の「福井県臨時的任用職員申込書」に必要事項を記入の上、「3 応募資格」の（1）の資格を有することを証するもの（資格証の写し）を添付し、福井県障がい福祉・精神保健相談所まで持参または郵送（書留）してください。

申込書等を郵送する場合は、封筒の表に「臨時的任用職員申込み」と朱書きしてください。

(郵送先) 〒910-0846 福井市四ツ井2丁目8-1 福井県障がい福祉・精神保健相談所 TEL 0776-84-8232
--

## 8 申込受付期間

令和8年4月2日（木）～

午前8時30分から午後5時15分まで（土、日、祝日は除く。）

（郵送の場合は、必ず書留郵便としてください。）

## 9 試験結果の開示について

この採用試験の結果については、口頭での開示を求めることができます。

### (1) 開示の内容等

口頭で開示を求めることができる者	開示内容	開示期間	開示場所
当該採用試験に合格しなかった者本人	総合得点および総合順位	合否通知の到達日から1か月	福井県障がい福祉・精神保健相談所

### (2) 開示の手続き

開示を求める場合は、以下のいずれかの書類を持参の上、午前8時30分から午後5時15分までの間に、開示を求める本人（代理人は認めません）が直接、福井県障がい福祉・精神保健相談所にお越しください。（ただし、土曜日、日曜日および祝日は受け付けておりません。）

- |                |                |
|----------------|----------------|
| ① 運転免許証        | ④ 日本国旅券（パスポート） |
| ② 各種健康保険の資格確認書 | ⑤ 各種年金手帳等      |
| ③ 個人番号カード      |                |

※環境への配慮から来所に際しては、できる限り公共交通機関のご利用をお願いします。

また、車を利用するに当たってはアイドリングストップなどエコ運転にご協力ください。

# 福井県臨時的任用職員申込書

*			写真貼付欄  縦 4 cm 横 3 cm
採用職 希望区分	看護師		
ふりがな			性別（任意記載）
氏名			
生年月日	年 月 日生【 歳（令和8年4月1日現在）】		
住所	(〒      -      )      TEL      (      )		

		学 校 名	学部・学科名	卒業年月日
学 歴	最終学歴			
		* 高等学校入学以後から記載		
職 歴	期 間	勤 務 先		勤 務 内 容

免許・資格	名	称	取得（見込）年月	認定交付機関
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
志望の動機				
自己PR				
<p>私は臨時的任用職員の選考試験を受験したいので申し込みます。          なお、私は、次のいずれにも該当しておりません。この申込書のすべての記載事項に相違はありません。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 禁こ以上の刑に処せられ、その刑の執行が終わるまでまたは執行を受けることがなくなるまでの者</li> <li>2 福井県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者</li> <li>3 日本国憲法施行の日以降において、日本国憲法また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、またはこれに参加した者</li> </ol> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">_____</p>				

注) 1 記載事項に不正があると、受験が無効になる場合があります。

2 \*印欄には何も記載しないでください。

3 写真は、上半身、脱帽正面向で申込み前3か月以内に撮影したものを貼付してください。