

令和 7 年度

島根県会計年度任用職員採用試験受験案内

島根県中央児童相談所
〒690-0823 松江市西川津町 3090-1
TEL 0852-21-3168

島根県中央児童相談所では、会計年度任用職員（地方公務員法第22条の2に規定する職員）を以下のとおり募集します。

■ 受付期間	令和8年1月20日（火）～令和8年2月6日（金） 郵送による場合は、2月6日（金）必着 受付時間は、午前8時30分～午後5時15分 ※土日、祝日は閉庁です。
■ 試験日	令和8年2月15日（日）
■ 合格発表	令和8年2月18日（水）

1. 受験資格

(1) 次の各号のいずれかに該当する人は受験できません。

- ア 禁錮（令和7年6月1日以降は、拘禁刑）以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでの人又はその刑の執行猶予の期間中の人その他その執行を受けることがなくなるまでの人
- イ 島根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年を経過しない人
- ウ 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人
- エ 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている人（心神耗弱を原因とするもの以外）

(2) 「9. 採用職種及び職務内容等」の各欄に記載の要件を満たす人

2. 試験の日時、試験会場、合格発表、試験結果の郵送

(1) 試験日時 **令和8年2月15日（日） 9：30～（※）** 面接試験

※試験時間は受験者ごとに異なります。

受付締切後、受験票の試験日時欄に記入のうえ返送しますので、各自確認してください。

(2) 試験会場 **島根県中央児童相談所（松江市西川津町3090-1）**

(3) 合格発表 **令和8年2月18日（水）**

ホームページにて合格者の受験番号を掲示します。合格発表の日から1月の間、掲示します。

受験番号は、受験票に記載のうえ返送しますが、試験当日に回収しますので、各自、受験番号を記録しておくなど合格者確認はできるようにしておいてください。

合格者に対しては併せて発表当日に、勤務意思確認のため、電話連絡しますので、ご承知ください。

(4) 試験結果の郵送

郵送を希望される方にのみ送付します。

ご希望の方は、110円切手を貼付した定形（長形3号）の封筒1部を試験当日に持ってきてください。封筒の表面には、受験者本人の郵便番号、住所、氏名を記入してください。

3. 試験内容

個別面接試験

4. 受験申込

(1) 提出書類を、(2) 申込先へ**直接持ち込むか郵送**により提出してください。郵送する場合は、封筒の表に「会計年度任用職員採用試験」と朱書き、**簡易書留郵便**にしてください。

(2) 申込先

〒690-0823 松江市西川津町3090-1 島根県中央児童相談所

(3) 受付は、土日、祝日を除き1月20日(火)から2月6日(金)までの午前8時30分から午後5時15分までです。郵送による場合は、2月6日(金)必着のものに限り受け付けます。

(4) 提出書類

①**申込書(別紙様式)** **1部**

顔写真は、申込日前6か月以内に撮影した、無帽、背景なしのものとしてください。

②**受験票(別紙様式)** **1部**

必要事項を記入のうえ、85円切手が貼付してあるはがきの裏面に貼り付けること。表面には、受験者本人の郵便番号、住所、氏名を記入すること。なお、こちらから返送した受験票を、試験当日に持ってきてください。

(5) 注意事項

ア 受験票は、申込みを受けた際すぐに交付はせず、受付締切後に返送します。試験日の2日前になっても受験票が到着しない場合は、必ず申込先へお問い合わせください。

イ 申込書及び受験票の*欄を除く全ての欄にもれなく正確に記入してください。

5. 採用

この試験の合格者は、原則として令和8年3月1日から令和8年3月31日まで任用します。

令和8年3月1日から勤務できることが条件です。

なお、兼務(職)は原則可能ですが、希望にそえない場合があります。

また、採用後1月の間又は勤務日数が15日に達するまでは、条件付き採用期間となります。

*勤務実績等の評価により、公募によらない再度任用は連続4回を上限として行う場合があります。

6. 勤務条件等

(1) 報 酬：平日 17,580円/回

土・日・休日(祝日・年末年始を含む) 28,760円/回

※通勤手当相当分の報酬は、通勤手段、勤務日数、距離等に基づいて規定により決定します。(支給要件を具備する場合のみ支給)

(2) 勤務日数：月4回程度の勤務で所属長が定めます。

(3) 勤務時間：平日 17時00分から翌9時00分

土・日・休日(祝日・年末年始を含む) 8時30分から翌9時00分

(4) 福 利：公務災害補償

*「9. 採用職種及び職務内容等」の各欄を参照してください。

7. 試験結果の本人提供について

試験の結果については、個人情報の保護に関する法律第69条第2項第1号の規定に基づき、本人の申出により提供することができます。受験者本人(代理人は不可)が「顔写真付きの身分証明書」(注)をお持ちの上、下記場所で行ってください。(電話は不可)

申出できる者	内容	期間	場所
受験者本人 (棄権者を除く)	得点及び順位	合格発表の日から1週間	受験申込書を提出した 所属

(注)「顔写真付きの身分証明書」の例：運転免許証、学生証、旅券等

8. その他

- ・試験会場には、受験票を持ってきてください。
- ・受験に際しての提出書類は、島根県において責任を持って廃棄しますので、返却しません。
- ・受験に際して島根県が収集した個人情報、採用試験以外には使用しません。
- ・不合格の場合も、内定者の辞退により繰り上げ採用となる場合があります。該当者については、その旨を通知します。

9. 採用職種及び職務内容等(基本報酬は令和8年1月1日現在の額を掲載しています。)

■採用区分Ⅱ－②(資格免許職以外でⅡ－①以外のもの)

勤務地域	職種	配属所属	勤務地	人数	職務内容	基本報酬	普通自動車運転免許の要否	パソコン操作の要否 (Word, Excel)	その他必要な資格等	試験会場	申込先・問い合わせ先		備考
												電子申請申込	
松江市	児童支援員	中央児童相談所	松江市西川津町3090－1	6	一時保護所での児童支援業務	平日 17,580円/回 土・日・休日(祝日、年末年始を含む) 28,760円/回	不要	必要	・満18歳以上 ・児童の課題(障がい、非行など)に対する一定の理解があること ・児童と共に創作活動やスポーツ活動に取り組めること ・児童の生活指導などに熱意をもって対応できること	中央児童相談所	〒690-0823 松江市西川津町3090-1 中央児童相談所 総務企画・女性連携スタッフ 0852-21-3168		・勤務は月4回程度で所属長が定めます。 ・勤務時間 平日 17:00～翌9:00 土・日・休日(祝日、年末年始を含む) 8:30～翌9:00

令和 7 年度 島根県会計年度任用職員採用試験申込書

提出日： 年 月 日

採用区分	Ⅱ－②					* 受験番号
職種	児童支援員		配属所属	中央児童相談所		
フリガナ 氏名		生年月日 年齢	年 月 日生 満 歳 (採用日現在)	性別(注4)	<div>写真を貼る位置</div> <div>1. 縦 36～40mm 横 24～30mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面のりづけ</div>	
現住所	〒					
電話番号	(日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。)					

■ 職歴 (注5)

期間 (年月日)	勤務先 (注6)
～	
～	
～	
～	
～	
～	

■ 学歴 (注7)

卒業 (予定) 年月日	学校名

■ 資格・免許

取得 (予定) 年月日	資格・免許等の種別

裏面もご記入ください。

■志望動機について３００字以内で記入してください。

■自己ＰＲ、職種に活かすことができる特技などについて、３００字以内で記入してください。

■本人希望記入欄（勤務時間、勤務地、その他についての希望などがあれば記入）

- （注） １． ＊印以外の部分すべてについて記入してください（該当等がない場合は「なし」と記入してください。採用区分についてはいずれかに○印をしてください。）。
- ２． 黒インク又は黒のボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください（パソコン可）。
- ３． 資格・免許が必要な職種に応募する場合は、資格証明書・免許証の写しを添付してください。
- ４． 性別欄は任意です。未記入とすることも可能です。
- ５． 今までに就職したことがあれば、新しいものから順に６件までご記入ください。自営も含みます。
- ６． 県の機関が勤務先の場合は、勤務先とあわせて、正規職員、任期付職員、臨時的任用職員、会計年度任用職員、非常勤嘱託職員、日々雇用等の別がわかるように記入してください。
- ７． 中学校卒業以降の学歴を古いものから順に記入してください。中途退学は、学校名の後ろに（中途退学）と記入し、卒業（予定）年月日には中途退学した年月日を記入してください。

受 験 票 に つ い て

- ・ 下記の受験票様式に必要事項を記入の上、点線に沿って切り取り、85円切手を貼付したはがきの裏面にしっかりと貼り付けて、申込書等と一緒に同封して各申込先へ提出してください。
- ・ はがきの表面には、受験者本人の郵便番号、住所、氏名を記入してください。
- ・ 受付締切後、試験時間等を記入のうえ、返送します。

*印以外の部分について、すべて記入してください。

(受 験 票 様 式)

令和7年度
島根県会計年度任用職員採用試験
受 験 票

受験番号	
	*
所属	中央児童相談所
職種	児童支援員
ふりがな 氏名	

◎試験日時 令和8年2月15日(日)

採用区分Ⅱ-② : ~ : 面接試験(*)

◎試験会場 島根県中央児童相談所
松江市西川津町 3090-1

(注)

- ・ 試験当日は必ずこの「受験票」を持ってきてください。
- ・ 試験を欠席される場合は、各申込先までご連絡ください。
- ・ 試験開始時刻の20分前までに試験会場へ集合してください。

この頁は空白です