

千葉県千葉リハビリテーションセンター 言語聴覚士 募集要項

- ① 募集予定人数 若干名
② 採用予定日 応相談
③ 選考日 令和8年9月26日(土)(応募期間 令和8年9月10日(木)必着)
④ 選考方法 面接試験・筆記試験(専門)
⑤ 応募条件 言語聴覚士資格取得者
⑥ 給与・服务等
- ・給 与 ●初任給 235,000 円～378,900 円(養成校3卒)
244,700 円～378,900 円(4大卒)
言語聴覚士業務経験年数に応じ基本給加算
※処遇改善手当含む
 - ・昇給 *別途 住宅手当(賃貸の場合、上限27,000円)
扶養手当(配偶者13,000円、子6,000円)
通勤手当(原則全額支給)等あり
 - ・退職金 年2回 (令和7年度支給実績 年間4.3ヵ月)
年1回(4月)
充実の3制度加入
(独)福祉医療機構(退職共済制度)、(公社)千葉県社会福祉事業共助会(退職共済制度)、
(福)全国社会福祉事業団協議会(年金共済制度)
 - ・勤務時間 週平均労働時間40時間 (標準勤務 8:30～17:15 実働8時間)
 - ・休日休暇 週休2日(振替により土曜・日曜・祝日・年末年始勤務あり)
年間休日123日(令和7年度実績)
*年次有給休暇初年度20日、夏季休暇6日、結婚7日、出産(産前8週間・産後8週間)、育児休業、
介護休業、忌引、リフレッシュ休暇(勤続10年及び勤続20年2日、勤続30年3日)等あり
 - ・加入保険等 健康保険、厚生年金、雇用、労災
 - ・福利厚生 職場保育所あり
 - ・キャリアアップ支援 ① 学会等参加、資格取得、先進施設見学、海外研修等の旅費補助
② 資格取得等経費(受験及び通学等)補助
③ 修学部分休業制度
 - ・その他 入職に伴う転居時 引越し費用の補助あり(63,000円～381,000円 ※距離等の条件あり)
敷地内禁煙
- ⑦ 応募様式等 採用試験応募様式は <https://www.chiba-reha.jp/> にアクセスしていただき「採用情報ーリハスタッフー採用情報」からダウンロード(申込)してください。また、申込書類の送付とは別に「採用情報ーリハスタッフーエントリー」からエントリーをお願いいたします。その際「文章」欄に採用試験受験のためのエントリーであることを明記してください。

お問い合わせ先 TEL 043-291-1831(担当 総務部人事管理室 中村・眞野)

社会福祉法人 千葉県身体障害者福祉事業団
千葉県千葉リハビリテーションセンター
～誰もが街で暮らすために～

センター長:菊地 尚久

所在地:〒266-0005

千葉市緑区誉田町1丁目45番2

TEL:043-291-1831 FAX:043-291-1857

URL: <https://www.chiba-reha.jp/>

病院概要:病床数 242 床

開設日:昭和56年4月1日

セラピスト数 128 名

(内 言語聴覚士 14 名)

言語聴覚士の平均年齢 39.9 歳、

過去3年間の平均離職率 7.0%



言語聴覚士採用試験応募書類

下記の書類を令和8年9月10日（木）までに郵送（必着）または持参してください。

記

- | | | |
|------------------------------|----------------|------|
| 1 | 受験申込書 | （1通） |
| 2 | 自筆身元申告書 | （1通） |
| （注）訂正がある場合は、訂正箇所に訂正印を押印すること。 | | |
| 3 | 課題作文 | （1通） |
| 4 | 言語聴覚士養成学校卒業証明書 | （1通） |
| 5 | 言語聴覚士養成学校成績証明書 | （1通） |
| 6 | 言語聴覚士免許の写し | （1通） |

※エントリーがお済みでない方は、センター採用情報サイト

（<https://reha.disc-chc.jp/rehabilitation>）からエントリーをお願いします。

<問合せ・書類提出先>

社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団事務局

総務部人事管理室 中村・眞野

所在地 〒266-0005

千葉県緑区誉田町1-45-2

電話 043-291-1831 内線449

社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団受験申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人

千葉県身体障害者福祉事業団理事長 様

住所

T E L

氏 名 _____ 印 _____

私は、令和 8 年度社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団言語聴覚士採用選考考査に応募したいので、下記書類を添付のうえ申し込みます。

記

- | | | |
|---------------------------------|----------------|---------|
| 1 | 自筆身元申告書 | (1 通) |
| (注) 訂正がある場合は、訂正箇所に訂正印を押印すること。 | | |
| 2 | 課題作文 | (1 通) |
| 3 | 言語聴覚士養成学校卒業証明書 | (1 通) |
| 4 | 言語聴覚士養成学校成績証明書 | (1 通) |
| 5 | 言語聴覚士免許の写し | (1 通) |

様式1

身 元 申 告 書

(令和 年 月 日現在)

ふりがな 氏 名	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	性 別
ふりがな 現住所	〒 (自宅・寮・その他) Tel (携帯) E-mail	
ふりがな 連絡先	〒 (自家・勤務先・その他) Tel	

写真のりつけ
縦 3.5cm 程度
横 2.5cm 程度
最近6か月
以内に撮影し
た上半身正面
脱帽のもの

*性別欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。

学 歴	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)
	年 月から 年 月まで	(.)

*高校から現在までの学歴をご記入ください。

() 内には、転校、卒業、中退等の別及び学校の学年制を明記してください。

資 格 免 許	年 月		特 技	
	年 月		趣 味	
	年 月		得意科目	
	年 月		長 所	
志 望 理 由 等	【志望理由】 【希望勤務施設】			

*資格免許欄には取得見込の資格免許についてもご記入ください

最終学歴		年 月 / 卒業・卒見・修了			
職歴の状況 (空白期間がある場合、その状況についてもご記入ください。 例 求職活動等)	勤務機関名(所在地)	在 職 期 間	身分又は地位 ※非正規職員の場合、1週間の勤務時間をご記入ください。	従事した職務内容	退 職 理 由
		年 月 から 年 月 まで	(※勤務時間：時間/週)		
		年 月 から 年 月 まで			
		年 月 から 年 月 まで	(※勤務時間：時間/週)		
		年 月 から 年 月 まで			
		年 月 から 年 月 まで	(※勤務時間：時間/週)		
		年 月 から 年 月 まで			
		年 月 から 年 月 まで	(※勤務時間：時間/週)		
		年 月 から 年 月 まで			
		年 月 から 年 月 まで	(※勤務時間：時間/週)		
	年 月 から 年 月 まで				
採用後の状況	1 職場保育所 託児希望 有 ・ 無				
	2 自家用車による通勤 可 ・ 不可				
	3 採用後の住所				
	未定 ・ ()				
この申告書に記載した事項は、事実と相違ないことを誓約します。 令和 年 月 日 住所 氏名 印					

令和 年 月 日

在学中の方は卒業論文のテーマ（予定でも可）とそれを選んだ理由を記してください。

卒業論文の履修がない場合は、関心のある臨床領域とその理由を記してください。

既卒の方はこれまで臨床で取り組んできた自身の関心テーマ、もしくは研究内容について記してください。

全体で 400 字以内とし、自筆で記載してください。

氏名

A full page of blank graph paper with a uniform grid of squares. The grid consists of 20 columns and 20 rows, creating a total of 400 small squares. The lines are thin and black, set against a white background. There are no margins, text, or other markings on the page.