令和４年度山梨県立中央高等学校　採用　会計年度任用職員　募集要項

山梨県立中央高等学校通信制

１　目的

この実施要項は、令和４年度に採用する山梨県立中央高等学校（通信制）に勤務する会計年度任用職員の募集について定めたものである。

２　募集する職、教科（科目）及び採用人数

（１）　【通信制】非常勤講師････教科名（家庭、芸術<音楽>）……各１名

３　受検資格

次の各号に該当すること。

（１）地方公務員法第16条及び学校教育法第９条の欠格条項に該当しない者

（２）非常勤講師は、志望する校種及び教科に相当する教諭の免許状を所有する者、又は令和４年３月31日までに取得見込みの者

　　　非常勤養護講師・非常勤看護師は、業務に必要な免許状を所有する者、又は令和４年３月31日までに取得見込みの者

（３）非常勤講師は、臨時的任用教職員人材バンク（以下「人材バンク」という）に登録されている者

注１）　登録は、臨時的任用教職員勤務記録カード（以下「臨採カード」という。） を山梨県教育庁義務教育課に提出することにより完了するため、未登録者にあっては受検申込時に併せて提出すること。

また、既に登録済みの者にあっては、登録事項に変更がある場合に再提出すること。

注２）　臨採カードは、義務教育課、各教育事務所において配布しており、郵送でも請求することができる。

（詳細は山梨県ホームページの義務教育課ページを参照）

４　任用期間

　　非常勤講師

････原則として令和４年４月１日～令和４年７月３１日（前期）

令和４年８月２１日～令和５年３月31日（後期）

５　勤務時間

1. 非常勤講師

①該当教科のスクーリング授業（面接指導）がある連続する日曜日、月曜日

　　ひと月に６日程度になります。

②生徒から提出された報告課題（レポート）の添削（在宅勤務可）

６　出願手続

（１）出願に必要な書類等

①志願書（別紙様式１）

②履歴書（別紙様式２）

③教員免許状・更新講習修了確認証明書の写し（非常勤講師の受検者）

　（有効期限あるいは修了確認期限が記載してあるもの）

　※取得見込の者は、取得見込証明書

（２）出願書類の提出

①提出先　　〒400-0035 山梨県甲府市飯田５丁目６－２３

山梨県立中央高等学校

通信制教頭　　佐野　和規　あて　Tel　055-226-4412

②提出方法　持参（郵送は不可）

出願書類は、封筒に入れ、表面に「会計年度任用職員志願書在中」と朱書

③受付期間　令和４年３月１０日（木）と３月１１日（金）の２日間

受付時間は、午前９時から１２時まで午後１時から４時まで

７　検査内容

1. 書類選考検査

本校において、出願書類により書類選考検査を行う。

（２）面接諮問検査

出願書類提出時に行う

８　検査結果

採用予定者には、令和４年３月１４日以降に本人に連絡する。

９　採用連絡後の書類提出

採用予定として連絡を受けた者は、本校に次の書類を提出すること。

なお、令和４年３月３１日までに教員免許を取得見込の者は、当該免許を取得次第、その写しを本校に提出すること。

1. 提出書類　①健康診断書（別紙様式３）

（任用開始日の１年前までに受診したもの）

（２）提出期限　令和４年３月２１日（月）

（３）提 出 先　　〒400-0035　山梨県甲府市飯田5-6-23

山梨県立中央高等学校　通信制教頭　佐野和規　あて

10　報酬

（報酬単価は見込であり、今後変更の可能性があります。）

1. 非常勤講師

2,820円/時間（採用予定の校種・教科に係る教員免許保有者）

　380円/報告課題添削指導１通

①通勤のために要した費用については勤務日数に応じて支給する。

②期末手当については支給しない。

11　勤務時間、勤務内容

面接諮問検査時に連絡

12　問い合わせ先

山梨県立中央高等学校　　　　通信制教頭　佐野　和規　TEL055-226-4412

13　その他

記載された個人情報は、選考検査の実施及び会計年度任用職員の任用のために使用し、その他の目的では利用しない。







（別紙様式２）

|  |
| --- |
| **健　康　診　断　書**住所：氏名： 年齢：　　歳　　　　性別：　男・女生年月日：　　　　　　年　　月　　日　生**検　　査　　項　　目** |
| 検 査 項 目 | 所　　　　　見 | 特　記　事　項 |
| １　視　　　　力 | 　右　　・　　（　　・　　） 左　　・　　（　　・　　） |  |
| ２　血　　　　圧 |  　　　　　～　　　　ｍｍＨｇ |  |
| ３　胸部Ｘ線　　（間接でも可） | 　間接・直接 撮影番号： |  |
| ４尿 | 尿　　　糖　 | － 　± 　＋ 　++ 　+++ 　++++ |  |
| 尿 た ん 白 | － 　± 　＋ 　++ 　+++ 　++++ |  |
| 尿　潜　血 | － 　± 　＋ 　++ 　+++ 　++++ |  |
| ５　総 合 所 見 |  |  |
| 　診断日：　　令和　　　年　　　月　　　日 医療機関の住所： 医 療 機 関 名： 医　　師　　名： 印 |

（別紙様式３）