

認定 NPO 法人
オールしずおかベストコミュニティ会員 様
事業所責任者 様

下請け作業公募のご案内

対象 障害福祉事業所

対象地区 東部地区

下請作業のご案内です。御希望の事業所はお手数ですが下記情報をご検討の上、申込欄に必要事項を記入し、FAX にてお申込み下さい。お申し込み多数の場合はご連絡のうえ調整させていただく場合がございますのでご理解をお願い致します。

業務の名称	静岡がんセンター庭園管理・清掃	整理番号(*)	E20021901 号
作業の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・静岡がんセンター内の庭園管理として草取り、トイレ・駐車場の清掃業務 ・雨天の場合は合羽着用作業又は院内作業 ・4月に研修を予定（研修期間4日間のご請求出来ません） （研修の日程は、後日連絡します） 		
発注元所在地	駿東郡長泉町下長窪 1007 番地		

■主な条件

作業場所	駿東郡長泉町下長窪 県立静岡がんセンター	作業人員	支援職員 1 名（基本的に専任・数人も可） 利用者 3 名
作業数量	作業曜日は 毎週 火・金 週 2 日 年間 92 日		※作業人員のシフト表を 前月 20 日までに提出
就労訓練費	1 日単価 20,533 円税込 (令和元年 10 月以降実績)	人件費及びがんセンターまでのガソリン代含む 元請け業者の契約により費用その他変更となる場合あり	
作業開始日	令和 2 年は、元受け業者と打合により決定 (昨年度は 4/15 より開始)	選考予定日	令和 2 年 3 月 5 日(木) 15:30~
作業時間	9:00~15:00 (実働 5 時間)		令和 2 年 2 月 28 日 (金)
その他の条件	<ul style="list-style-type: none"> ※土・日・祝祭日は休み ※GW・夏休み・年末年始の休みあり ※年 1 回事業所負担で健康診断実施 ※静岡がんセンターの無料駐車場有 ※インフルエンザ予防接種必須 	申込締め切り	
面接会場	沼津商連会館内 東部生活センター 研修室		

■選考内容

①エントリー動機	応募経緯や理由
②支援の方針	(屋外)作業イメージをもっているか
③屋外での作業の確認	季節や天候のリスク管理等
④支援の最終目標	最終的な目標
⑤職員体制と造園管理	支援員1名(固定)・利用者3名以上への対応
⑥その他	保険加入・交通手段・連絡体制等

■問合せ先

NPO法人オールしずおかベストコミュニティ
※詳細等ご不明な点は担当までお問い合わせ
ください

担当： 東部地区センター 木村	
TEL/FAX	055-963-9100

NPO 法人オールしずおかベストコミュニティ 行

(FAX : 055-963-9100)

担 当

木村

■希望いたします。

業務の名称	静岡がんセンター庭園管理・清掃	整理番号(*)	E20021901 号
事業所名		担当者名	

*次頁の団体の概要(様式2号)に記入の上、当申請書と一緒に提出をお願いします。

団体の概要

法人・団体名			
設立日		代表者名	
法人等 連絡先	住所 〒 _____ _____	電 話	- -
		F A X	- -
		E-mail	
運営している就労支援事業所の概要 ※適宜、行を追加してください。 ※就労支援事業所を直接運営していない場合は、記載不要	施設①	事業所名	
		利用者種別	身体 (人)、知的 (人)、精神 (人) その他 (人)
		所在地	
		職員数	人
	施設②	事業所名	
		利用者種別	身体 (人)、知的 (人)、精神 (人) その他 (人)
		所在地	
		職員数	人
就労支援事業所の授産事業 ※適宜、行を追加してください。 ※就労支援事業所を直接運営していない場合は、法人独自事業を記入	施設①の授産事業	内容	
		売上高(円)	
		製造・販売品目等	
		障害のある人の作業等	
		その他	
	施設②の授産事業	内容	
		売上高(円)	
		製造・販売品目等	
		障害のある人の作業等	
		その他	

注) 上記を補足する資料等あれば、添付してください。