

教育職員の公募について

本校では、作業療法学科の教育職員を公募することとなりました。

本校の教育理念・教育目標に共感し、ともにリハビリテーション専門職の養成に精励いただける人材を公募いたします。

1. 職名・人員 教育職員（教員助手または専任教員）・1名
2. 所 属 作業療法学科
3. 担当科目 身体障害領域全般、それに関する科目
4. 応募資格 (1) 作業療法士の資格取得後、5年以上臨床経験を有する者。
(2) 臨床実習指導者講習会を受講しており、臨床実習指導の経験がある者。
(3) 専任教員の資格を有する者※または資格を取得する意志のある者。
※理学療法士作業療法士養成施設指定規則に定められている専任教員の基準を満たす者。
(4) 応募時点で30歳以下の者。
(5) 採用後は、富士市内又はその近郊に居住することが望ましい。
5. 採用予定日 令和8年4月1日
6. 応募締切 令和7年8月30日（※早期に締め切ることがあります）
7. 選考方法 書類審査、面接 他
8. 応募方法 TEL 0545-55-3888（担当：事務長 岡本貴子）までお問合せ下さい。
応募書類をご案内します。
9. 就業に関する事項
 - 業務内容 担当科目に係わる業務、非常勤講師対応、実習地対応、学生指導、保護者対応、学生募集・入試に係わる業務、その他
 - 就業場所 専門学校 富士リハビリテーション大学校（静岡県富士市伝法）
 - 就業時間 8：30～17：30（うち、休息时间60分）
※業務の状況により、時差出勤となる場合がある。
 - 休 日 土日祝、年末年始
※オープンキャンパス、入試等により休日出勤となる場合がある。
 - 時間外労働 あり。時間外勤務手当支給。
 - 給 与 学校法人森島学園給与規程による。
 - 加入保険 私学共済、雇用保険
10. その他 応募書類は本選考のためだけに使用し、原則として返却しません。

個人調書

令和 年 月 日 現在

フリガナ				性別
氏名				
生年月日	年	月	日	(満 才)
現住所	〒			
連絡先	電話			
	E-mail			
作業療法士免許証	登録番号		登録年月日	年 月 日
日本作業療法士協会	会員番号		入会年	年
臨床実習指導者講習会	受講の有無 (有・無) 有の場合→		修了証番号	
専任教員要件 ※該当する項目に☑	<input type="checkbox"/> 専任教員養成講習会を修了		修了証番号	
	<input type="checkbox"/> 5年以上業務に従事、かつ大学で教育に関する科目を履修して卒業			
	<input type="checkbox"/> 3年以上業務に従事、かつ大学院で教育に関する科目を履修して課程修了			

写真を貼る位置

1.縦 36~40mm
横 24~30mm
2.本人単身胸から上
3.裏面のりづけ
4.裏面に氏名記入

学歴

年 月	事項

職歴

年 月	事項

賞罰

年 月	事項

その他免許・資格、特技など

年 月	事項

扶養家族 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の扶養義務	有・無
---------------	---	-----	-----	----------	-----

上記のとおり相違ありません

年 月 日

氏名 (自署)

印

臨床・教育等活動業績書

年 月 日

氏名（自署）

印

● 臨床に関する事項

臨床施設名	年月	主に経験した症例及び臨床技能等

● 教育に関する事項（臨床実習指導、非常勤講師等の活動）

事項	年月	概要

● 認定・資格・学位・課程修了等に関する事項

事項	取得または修了年月日	概要

● 社会的活動に関する事項（理学療法士会での活動など）

事項	年月	概要

● 研究業績等に関する事項（学会発表、講演、論文、著書等）

事項	年月	概要

個人調書

記入例

令和〇年〇〇月〇〇日 現在

フリガナ	フジ タロウ		性別	
氏名	富士 太郎		男	
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 (満〇〇才)		写真を貼る位置 1.縦 36~40mm 横 24~30mm 2.本人単身胸から上 3.裏面のりづけ 4.裏面に氏名記入	
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡県富士市伝法〇〇〇〇			
連絡先	電話	〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	E-mail	〇〇〇〇@〇〇.〇〇		
理療法士免許証	登録番号	〇〇〇〇	登録年月日	平成〇年〇月〇日
日本理学療法士協会	会員番号	〇〇〇〇〇〇	入会年	平成〇〇年
臨床実習指導者講習会	受講の有無 (有・無)	〇	修了証番号	〇〇〇〇〇
専任教員要件 ※該当する項目に☑	<input type="checkbox"/> 専任教員養成講習会を修了		修了証番号	
	<input checked="" type="checkbox"/> 5年以上業務に従事、かつ大学で教育に関する科目を履修して卒業			
	<input type="checkbox"/> 3年以上業務に従事、かつ大学院で教育に関する科目を履修して課程修了			

学歴

年 月	事項
平成〇〇年〇〇月	〇〇高等学校 〇〇科 卒業
平成〇〇年〇〇月	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科 入学
平成〇〇年〇〇月	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科 卒業 学士(〇〇) (第〇〇号)
平成〇〇年〇〇月	〇〇専門学校 〇〇学科 入学
平成〇〇年〇〇月	〇〇専門学校 〇〇学科 卒業 専門士(〇〇専門課程) (第〇〇号)

卒業証書、学位記等の写しを添付して下さい。(本校卒業生の場合は不要)

職歴

年 月	事項
平成〇〇年〇〇月	〇〇リハビリテーション病院 〇〇療法室 〇〇療法士 (平成〇〇年〇月まで)
平成〇〇年〇〇月	〇〇市立病院 リハビリテーション科 〇〇療法士
平成〇〇年〇〇月	〇〇市立病院 リハビリテーション科 主任〇〇療法士 (現在に至る)

賞罰

年 月	事項
平成〇〇年〇〇月	第〇〇回〇〇療法士学会 優秀演題

その他免許・資格、特技など

年 月	事項
平成〇〇年〇月	普通自動車第1種免許

扶養家族(配偶者を除く)	0人	配偶者	(有)・無	配偶者の扶養義務	有・(無)
--------------	----	-----	-------	----------	-------

上記のとおり相違ありません

令和〇〇年〇〇月〇〇日

氏名(自署)

印

臨床・教育等活動業績書

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

氏名（自署）

印

● 臨床に関する事項

臨床施設名	年月	主に経験した症例及び臨床技能等
〇〇リハビリテーション病院	平成〇〇年〇〇月～〇〇年〇〇月	脳血管障害片麻痺、大腿骨頸部骨折、変形性関節症 ほか
〇〇市立病院	平成〇〇年〇〇月～	変形性関節症（術後）、腱板断裂（術後）、脳血管障害片麻痺、廃用症候群 ほか

● 教育に関する事項（臨床実習指導、非常勤講師等の活動）

事項	年月	概要
臨床実習指導	平成〇〇年〇〇月～	〇〇専門学校 評価実習、〇〇大学 総合実習
非常勤講師	平成〇〇年〇〇月～	〇〇専門学校「肩関節疾患に対する理学療法」3コマ

● 認定・資格・学位・課程修了等に関する事項

事項	取得または修了年月日	概要
認定理学療法士（運動器）	平成〇〇年〇〇月	認定番号〇〇〇〇
		認定証の写し等を添付してください。

● 社会的活動に関する事項（理学療法士会での活動など）

事項	年月	概要
日本〇〇療法士協会 所属	平成〇〇年〇月～	
〇〇〇理学療法士会 所属	平成〇〇年〇月～	
〇〇〇理学療法士会 社会局	平成〇〇年〇月～	公開講座部部員。公開講座開催時のスタッフ。

● 研究業績等に関する事項（学会発表、講演、論文、著書等）

事項	年月	概要
学会発表「（〇〇に対する術後理学療法の経過）」	平成〇〇年〇月	第〇〇回〇〇療法士学会
講演「〇〇疾患の術後理学療法」	平成〇〇年〇月	〇〇療法士会 〇〇部会セミナー
		証明できる書類（学術誌の写し、演題名等掲載されている学会プログラム等）を添付してください。