



# 求人票

求 人 者	法人名	ふりがな		理事長名		設立	年 月		
	施設/病院名	ふりがな		代表者名		開設	年 月		
	施設種別			定員/病床数	名・床				
	所在地	〒 TEL FAX							
	書類提出先 (採用窓口)	〒 (役職名) 氏名		TEL E-mail		FAX			
	職員数	生活相談員 名	介護職員 名	生活支援員 名	児童支援員 名	保育士 名	職員合計 名		
	MSW 名	PSW 名	診療情報管理士 名	事務職員 名	その他 名				
採 用 条 件	募集職種				勤務時間	日勤 : ~ :			
	求人数	人	人	人		早出 : ~ :			
	資格等条件	取得見込(可・不可)				遅出 : ~ :			
		取得見込(可・不可)				夜勤 : ~ :			
	初任給	基本給	円	円	円	残業	月平均 時間		
		手当					休日	週 休制 年間 日 土曜・日曜・祝日	
		手当				自宅外通勤 可・不可			
		手当				寮 有・無			
	計	円	円	円					
	応募	身障者採用 有 ・ 無							
交通費	全額	円まで							
賞与	年 回 ヶ月 昇 給 年 回 %・円								
応 募 ・ 選 考 要 領	説明会	月 日 ( ) 時/場所 ( )					電話予約必要		
	応募書類	履歴書・成績証明書・卒業見込証明書・健康診断書・その他 ( )							
	応募締切	月 日 ( ) 時・随時							
	選考日	月 日 ( ) 時/場所 ( ) ・随時							
	選考方法	書類選考・適性検査・筆記(常識・作文)・面接・その他 ( )							
備 考						※欄は記入不要 ※企業コード			
						※業種 ※職種 ※受付 年 月 日 ※受付番号			