

求人票

(福祉・病院・団体・株式会社)

※

- ① 本枠内だけを記入して下さい。
 ② 求人内容を変更したときや、求人が充足したときは速やかにお知らせ下さい。
 ③ 性別不問の場合は、男女を○印で囲んで下さい。
 ④ 職種によって性別を問う場合は、補足事項にその旨を記入下さい。
 ⑤ 「求人数等」の求人数は採用予定数をご記入下さい。本校への求人数（推薦依頼数）がございましたら補足事項にお書き下さい。

求人者	フリガナ			種別 (○印)	法人名						
	事業所名			・個人 ・社会福祉法人 ・財団法人 ・その他 ()							
	所在地	(〒 -)	線	駅 徒歩 分	TEL	()					
	書類提出先	(〒 -)	線	駅 徒歩 分	TEL	()					
	理事長		人事 担当者名		TEL	(内線)					
	事業内容	施設長名				男	女	計			
		設立	明・大・昭・平 年 月	全職員数 専門学校卒	人	人	人				
求人数等	企業求人	(職種)	(求人数)	(職務内容)							
		勤務先		(所在地)	市 町 村	(従業員数)		人			
	(必要とする履修学科・資格等)										
	作業療法士求人	診療科目	(求人数)	(職務内容)							
病床数		職員数	医師 名	看護師 名	薬剤師 名						
勤務先			PT 名	OT 名							
(必要とする履修学科・資格等)											
勤務条件	賃金・現行	基本給	円	円	円	勤務時間	時 分 ~ 時 分	賞与 (前年実績)	年 回・約 月		
		手当				土曜日	時 分まで	昇給 (前年実績)	年 回・円 (うち定期昇給分 円)		
		手当				残業	月平均 時間	交通費	全額・円まで		
		計 (税込)				休日	日曜・祝日・曜日	労働組合	有・無		
	試用期間中の賃金	円	円	円	週休2日制	有 (月 回) 無	加入保険等	健康・厚生・雇用・労災 財形・その他 ()			
	試用期間	円	円	円							
応募・選考要領	説明会	日時	場所				選考	日時	別途通知	月 日 : 月 日 : 月 日 : 月 日 :	月 日以降随時
	応募書類	履歴書・卒業見込証明書・成績証明書・健康診断書 指定応募用紙・作業療法士免許証コピー・他						場所			
	受付期間	月 日 ~ 月 日 月 日以降随時					昨年実績	大卒	短大卒	専門学校卒	
	選考方法	筆記	有 (専門・一般常識・英語・作文・)				男				
	面接	有・無	検査	適性・身体	実習	女					
	公募・推薦・指定校										
補足事項	http://										
職業分類番号				産業分類番号	受付番号	受付年月日					
求人数											