



求人票

求人先	施設名				施設長名				
	所在地	〒 ー 代表TEL() ー							
	施設の概要	設立年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日						
		診療科名							
		病床数他	臨床数 (床)	延床面積 (m ²)					
		リハビリテーション施設	理学療法室 (m ²)	作業療法室 (m ²)					
関係職員数		看護師 名	助産師 名	全職員					
	理学療法士 名	作業療法士 名							
	臨床工学技士 名	臨床検査技師 名	(名)						

採用条件	求人数	看護師 名	助産師 名		
		理学療法士 名	作業療法士 名		
		臨床工学技士 名	臨床検査技師 名		
	給与諸手当 <small>(前年度実績で結構です)</small>	初任給(本俸) 円	通勤手当	住宅手当	諸手当
			実費支給 円迄支給	実費支給 円迄支給	手当 円 手当 円
		賞与	昇給	その他	月額総支給額
		年間平均 ()ヶ月×本俸	回 年	円	円
	勤務時間	平日 : ~ : まで	土曜日 : ~ : まで		
	休日	完全週休2日・隔週2日・土午後・日曜日・その他 ()			
	年次有給休暇	初年次 日	以降 日 ()		
社会保険と種類	健康保険・厚生年金・雇用、労災保険 その他 ()				
福利厚生	被服貸与 研修厚生施設(有・無) その他 ()				
宿舍	有・無 有の場合その経費・月額 < 円 >				
学会・研修会	参加費用補助(有・無)				
その他の条件					

選考関係	提出書類他	1.履歴書 2.成績証明書 3.卒業見込証明書 4.健康診断書 5.その他 ()		
	選考方法	筆記・面接・論文・書類・その他 ()		
	採用試験内容	一般常識・基礎医学科目・専門科目・その他 ()		
	書類締切り	平成 年 月 日 ()	その他 ()	
	選考日	平成 年 月 日 ()	その他 ()	
	選考場所			
	合否判定予定日	平成 年 月 日 ()	その他 ()	

求人担当者職氏名	課	様	TEL()	ー
----------	---	---	--------	---

平成 年 月 日	求人申込者	施設名	施設長名
----------	-------	-----	------