



# 求人票

求人先	施設名				施設長名		
	所在地	〒 _____ 代表TEL( _____ ) _____					
	施設の概要	設立年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
		診療科名					
		病床数他	臨床数 ( _____ 床)	延床面積 ( _____ m <sup>2</sup> )			
		リハビリテーション施設	理学療法室 ( _____ m <sup>2</sup> )	作業療法室 ( _____ m <sup>2</sup> )			
		関係職員数	看護師	名 _____	助産師	名 _____	全職員 ( _____ 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 _____			
放射線技師	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 _____				
		放射線技師	名 _____						
	給与諸手当他 <small>(前年度実績で結構です)</small>	初任給(本俸)	円 _____	通勤手当	円 _____	住宅手当	円 _____	諸手当	円 _____
			円 _____	実費支給	円 _____	実費支給	円 _____	手当	円 _____
		賞与	円 _____	昇給	円 _____	その他	円 _____	手当	円 _____
		年間平均	( _____ )ヶ月×本俸	回 _____	年 _____	円 _____	月額総支給額	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( _____ )								
宿舎	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	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ )	その他( _____ )				
	選考日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ )	その他( _____ )				
	選考場所						
	合否判定予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ )	その他( _____ )				

求人担当者職氏名 \_\_\_\_\_ 課 \_\_\_\_\_ 様 TEL( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 求人申込者 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 施設長名 \_\_\_\_\_