

求人票 (新卒者・既卒者対象)

※ 受付日	20 年 月 日
※ 受付番号	

記入上のおねがい ※印以外の空白欄へ記入し、該当事項を○で囲んで下さい。

求人先	フリガナ			設立年月日	年 月 日			
	会社・法人・施設名等			代表者名				
	所在地	〒		TEL	FAX			
	書類提出先	〒		(採用担当課) _____ (担当者氏名) _____				
	Eメール		HP					
	業務内容			在籍する理学療法士	計 名 (うち常勤 名、非常勤 名)			
施設概要	募集職種	職務内容		採用予定	昨年度採用実績			
		理学療法士		名	男性 名	女性 名		
	勤務予定地	〒		最寄駅:	TEL:	FAX:		
	勤務時間	平日	時 分 ~ 時 分	休日	1. 完全週休二日制 2. その他 ()			
		土曜	時 分 ~ 時 分	残業月平均	時間/月	当直月平均	回/月	
	病床数	床	事業内容	<input type="checkbox"/> 整形外科・ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科・ <input type="checkbox"/> 内科・ <input type="checkbox"/> その他				
	休暇	有給休暇 年間 日 (初年度 日)・結婚休暇 (有・無)・引引休暇 (有・無)・夏期休暇 (有・無) 育児休暇 (有・無)・産休 (有・無)・その他 ()						
	加入保険	健康保険 (有・無)・雇用保険 (有・無)・労災保険 (有・無)・その他 ()						
	卒業生の在籍有無	<input type="checkbox"/> 現在在籍している (名)・ <input type="checkbox"/> 過去に在籍していた (名)・ <input type="checkbox"/> 在籍していない・ <input type="checkbox"/> 分からない <small>在籍者氏名 ※任意 () ※本票は公開しますので、予め本人に同意を得て頂けるようお願いいたします。</small>						
	待遇	給与体系	職務内容		理学療法士			
基本給			¥	円				
諸手当			手当	¥	円			
			手当	¥	円			
			手当	¥	円			
計		¥	円					
昇給・賞与	昇給 (年 回)	賞与 (年 回)	(前年度実績 ヶ月)					
選考試験	応募期間	西暦 年 月 日 () ~ 西暦 年 月 日 ()						
	選考日時	西暦 年 月 日 ()		時 分開始				
	選考方法	<input type="checkbox"/> 筆記 (一般・専門) <input type="checkbox"/> 小論文 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 適性検査 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	選考場所	<input type="checkbox"/> 書類提出先 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	提出書類	<input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 <input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 健康診断書 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	採用予定日	西暦 年 月 日 ()	合格発表者への通達時期・方法	<input type="checkbox"/> 電話・ <input type="checkbox"/> 郵送・ <input type="checkbox"/> メール				
備考								

※貴社の概要案内等の参考資料がございましたら、学生に閲覧させていただきますので、御惠贈いただければ幸いに存じます。