

# 求人票

採用予定学科に○印をお願いします。(複数可)

<input type="checkbox"/> 作業療法士科 (3年制)	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士科 (3年制)
<input type="checkbox"/> 臨床工学技士科 (3年制)	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士専科 (2年制・大卒課程)

※受付年月日	
※受付番号	

※印は記入しないでください。

求人先概要	ふりがな			ふりがな		
	法人名			代表者役職/氏名		
	法人所在地	〒( )-( )		電話		
				FAX		
	ふりがな			ふりがな		
	病院・施設名			代表者役職/氏名		
	病院・施設所在地	〒( )-( )		電話		
			FAX			
事業内容及び事業所の概要			従業員数	名	入所定員(病床数)	
設立	年 月 日		人事担当者	所属部署及び役職		
資本金	円			ふりがな		
			氏名			
求人条件	職種			求人数	名	
	勤務時間	平日：午前 時 分 ~ 午後 時 分 土曜：午前 時 分 ~ 午後 時 分	賃金( 年 月 現行・見込 )			
	試用期間	有・無		基本給	円	
	休日	日曜・祝日・ 曜 回 週休2日(有・無) 月 回	手当	円		
	有給休暇	初年度 日・2年目 日 最高 年目 日	手当	円		
	昇給 賞与	昇給 年 回	交通費 ・全額支給 ・定期 円迄	手当	円	
		賞与 年 回		手当	円	
(年 ヶ月)		合計		円		
社会保険	健康・厚生・労災・雇用・その他( )		社員寮	有・無・アハ <sup>o</sup> ート・下宿の会社負担( )割		
採用試験	応募締切	何れかを○で 困んでください。 ■随時受付 ■受付期間のみ： 年 月 日 ~ 年 月 日				
	選考日時	■書類受付後随時設定 ■ 年 月 日( )【午前/午後 時 分より】				
	選考場所	交通機関( )最寄り駅( 駅より徒歩 分)				
	選考方法	書類選考・面接・筆記試験 (一般常識・専門分野) 適性検査・作文(小論文)・健康診断				
	提出書類	履歴書・卒業見込証明書・成績証明書・健康診断書・推薦書 その他( )				
	書類提出先	〒( )-( )		電話		
	結果発表予定	月 日頃		■本人のみ通知 ■学校のみ通知 ■両者共に通知		
	応募資格			携行品	■筆記具 ■印鑑 ■その他( )	
就職説明会	■有 【日時： 年 月 日】【場所： 】 ■無					
備考	試用期間中の労働条件・試用期間中と試用期間終了後の従事すべき業務の内容等					