



# 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・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			
	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		( ) 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			
	給与と諸手当て (前年度実績で結構です)	初任給(本俸) 円	通勤手当 円迄支給	住宅手当 円迄支給	諸手当 円
		賞与 円	昇給	その他	月額総支給額 円
		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( )	ー
----------	---	---	--------	---

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