

求 人 票

令和 年 月 日

求 人 者	ふりがな			ふりがな		
	事業所名			法人名		
	代表者名			理事長名		
	所在地	(〒 -) TEL () FAX ()				
	書類提出先	(〒 -) TEL () FAX ()				
	人事担当者	役 職		氏 名		
採 用 条 件	勤務場所	事業所所在地 に 同じ	〒			
	採用職種			基 本 給	円	
	採用人員	名		手 当	円	
	必要資格	・理学療法士 ・看護師		手 当	円	
		その他 ()		手 当	円	
	勤務時間	日 勤	時 分～ 時 分	小 計	円	
		変則勤務 (有・無)		通勤手当	円	
		時間外		住居手当	円	
		休憩時間				
		試用期間 (ヶ月)		賞 与	年 回 ヶ 月 分	
		夜勤 (概ね月に 回)		昇 給	(昨 年 度 実 績) 円	
		※変則勤務の形態等		定年制	(有 ・ 無) 歳 そ の 他 ()	
	休 日	日曜・祝日・その他()曜 年間 日		休 暇	有給休暇 日～最大 日	
福利厚生	加入保険等	健 康 ・ 厚 生 ・ 雇 用 ・ 労 災 ・ そ の 他 ()				
採 用 試 験	方 法	筆記 (常識・専門・作文)、面接、書類審査、適性検査、その他 ()				
	提出書類等	履歴書、卒業見込証明書、成績証明書、資格取得見込証明書、健康診断書、その他 ()				
	受付期間	平 成 年 月 日 ～ 平 成 年 月 日			〔備考〕	
	試験期日	令和 年 月 日				
	時 間	(午前・午後) 時 分 ～				
	場 所					