

求 人 票

採用年月をご記入ください		受付No.	産業分類	職業分類	受付日			
事業所の概要	フリガナ				代表者名 施設長名	職名・氏名		
	病院名 施設名							
	所在地	〒			TEL			
	願書提出先	〒			TEL			
	人事担当者	職名・氏名			FAX			
	経営母体	国 都道府県 市町村 法人 その他 ()			設立年月日	年 月 日		
	事業内容				病床数			
	職員数等	職員数 人 (内 看護師 人・理学療法士 人・作業療法士 人・診療放射線技師 人)						
採用条件等	職 種	求人数	基本給	() 手当	() 手当	() 手当	計(税込)	職 務 内 容
	看護師	人	円	円	円	円	円	
	理学療法士	人	円	円	円	円	円	
	作業療法士	人	円	円	円	円	円	
	診療放射線技師	人	円	円	円	円	円	
	その他 ()	人	円	円	円	円	円	
	試用期間	有 (ヶ月) ・無		期間中賃金		円	労働条件の変更: 有 () ・無	
	通勤手当	全額・円まで		賞与 回/年 カ月/年		昇給 年 回	宿舍等	寮 有・無
	勤務時間	平日 時 分～ 時 分/土曜日 時 分～ 時 分		シフト勤務		有・無		
	勤務地							
休日・休暇等	週 休		採用区分	正規・非正規・その他 ()				
	()		雇用期間	有期 () ・無期				
	有給休暇 年間 日		加入保険等	健康・厚生・雇用・労災・その他 ()				
選考	提出書類	1. 履歴書 2. 卒業見込証明書 3. 成績証明書 4. 健康診断書 5. その他 ()						
	選考方法	1. 書類選考 2. 筆記試験 (一般常識・専門) 3. 小論文 4. 適性試験 5. 面接 (個人・集団・その他 []) 6. 健康診断 7. その他 ()						
	受付期間	1. 年 月 日～ 年 月 日 2. 随時						
	選考日時	1. 年 月 日 時 分～ 2. 随時				場所:		
	説明会等	1. 年 月 日 時 分～ 2. 随時				場所:		
補足事項	教育・研究・研修制度						大学処理欄	

※太枠の中についてご記入ください。

日本医療大学