

# 求人票

平成 年 月 日

求人先	ふりがな		施設の情報	代表者	役職			
	名称			ふりがな氏名				
	所在地	〒 ー		設立	年 月 日			
	TEL			病床数／診療科数	床／	科		
	FAX			1日の患者数／目標単位	人／	単位		
	E-mail			全従業員数	人			
	URL			内訳	男	女	計	
	書類提出先	〒 ー		言語聴覚士	人	人	人	
	採用担当	氏名		理学療法士	人	人	人	
	施設の特長	該当の箇所に○印をつけてください 病院・診療所・施設 (急性期・回復期・訪問リハ・通所リハ)		作業療法士	人	人		
			臨床心理士	人	人			
			リハビリテーション医	人	人			
			その他	人	人			
				人	人			
労働条件等	業務内容	成人・小児	毎月の賃金	賃金形態	<input type="checkbox"/> 月給制	<input type="checkbox"/> 日給月給制	<input type="checkbox"/> 日給制	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正職員		<input type="checkbox"/> 正職員以外(契約・嘱託)	<input type="checkbox"/> 時間給制	<input type="checkbox"/> 年俸制	<input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> パートタイム		<input type="checkbox"/> アルバイト	賃金支払日	毎月	日	
	雇用期間	雇用期間の定め		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	賃金締切日	毎月	日
		契約更新の可能性		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	初任給	<input type="checkbox"/>	年 月 現行
	就業時間	①午前 時 分～午後 時 分				a 基本給		円
		②午前 時 分～午後 時 分				b 定額的に支払われる手当		
		③午前 時 分～午後 時 分				時間外手当		円/時間(A)
	時間外	<input type="checkbox"/> あり(月平均 時間)		<input type="checkbox"/> なし			月平均	時間(X)
		<input type="checkbox"/> 完全週休二日制( 曜・ 曜)				手当		円(B)
	休日	<input type="checkbox"/> 変形週休二日制( 曜・ 曜)				手当		円(C)
		<input type="checkbox"/> その他				手当		円(D)
		有給休暇(初年)		日		※ b手当=AX+B+C+D		
		年間休日数		日		a基本給+b手当=毎月の賃金合計		円
	育児休業	<input type="checkbox"/> 取得実績あり		<input type="checkbox"/> なし	昇給	通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額支給	
介護休業	<input type="checkbox"/> 取得実績あり	<input type="checkbox"/> なし	(ベースアップ込みの前年度実績)	<input type="checkbox"/> あり(年 回 %程度)				
看護休暇	<input type="checkbox"/> 取得実績あり	<input type="checkbox"/> なし	賞与	(前年度実績)		<input type="checkbox"/> あり(年 回・計 カ月分)		
加入保険等	<input type="checkbox"/> 雇用保険		選考等	施設見学	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可		
	<input type="checkbox"/> 労災保険			応募書類	<input type="checkbox"/> 履歴書			
	<input type="checkbox"/> 健康保険				<input type="checkbox"/> 成績証明書			
	<input type="checkbox"/> 厚生年金				<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書			
	<input type="checkbox"/> 退職金制度(勤続 年以上)				<input type="checkbox"/> 健康診断書			
<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他						
定年制	<input type="checkbox"/> あり(一律 歳)	<input type="checkbox"/> なし	提出方法	<input type="checkbox"/> 持参	<input type="checkbox"/> 送付			
再雇用	<input type="checkbox"/> あり( 歳まで)	<input type="checkbox"/> なし	選考方法	<input type="checkbox"/> 書類選考				
勤務延長	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 筆記試験				
就業規則	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		( <input type="checkbox"/> 一般常識 <input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 論文)				
駐車場	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 適性検査					
備考			<input type="checkbox"/> 面接					
			勤務開始希望日		年 月 日			
			試用期間	<input type="checkbox"/> あり( カ月)	<input type="checkbox"/> なし			
			(試用期間の賃金		円)			
			採用人数		名			

送付先: 学校法人 成田会 長野医療衛生専門学校 言語聴覚士学科 事務局  
 〒386-0012 長野県上田市中央2-13-27 TEL:(0268) 23-3800 FAX:(0268)25-5719  
 E-mail:jim3@nagano-iryouseisei.ac.jp