

# 求人票

令和 年 月 日

求人先	ふりがな		病院の 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			標榜科目			
	FAX			病床数		床	
	E-mail			全従業員数		人	
	URL			内訳	常勤	非常勤	計
	書類 提出先	〒 ー		医師	人	人	人
	採用担当	氏名		看護師	人	人	人
	病院の 特徴			理学療法士	人	人	人
		作業療法士	人	人	人		
		介護福祉士	人	人	人		
		音楽療法士	人	人	人		
		社会・精神保健福祉士	人	人	人		

労働条件等	職種	言語聴覚士	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
	採用人数	名		<input type="checkbox"/> 時間給制	<input type="checkbox"/> 年俸制	<input type="checkbox"/> その他	
	業務内容			初任給	<input type="checkbox"/> 年 月 現行	<input type="checkbox"/> 見込み	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 正社員以外(契約・嘱託) <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> アルバイト		a 基本給		円	
	雇用期間	雇用期間の定め <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 契約更新の可能性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		b 定額的に支払われる手当			
	就業時間	①午前 時 分 ~ 午後 時 分 ②午前 時 分 ~ 午後 時 分 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		手当		月平均 時間(X)	
	休日	<input type="checkbox"/> 完全週休二日制( 曜・ 曜) <input type="checkbox"/> 変形週休二日制( 曜・ 曜) <input type="checkbox"/> その他 ( )		手当		円(B)	
	育児休業	<input type="checkbox"/> 取得実績あり <input type="checkbox"/> なし		手当		円(C)	
	介護休業	<input type="checkbox"/> 取得実績あり <input type="checkbox"/> なし		手当		円(D)	
	看護休暇	<input type="checkbox"/> 取得実績あり <input type="checkbox"/> なし		※ b手当 = AX + B + C + D			
	加入保険等	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 退職金制度(勤続 年以上) <input type="checkbox"/> その他		a基本給+b手当=毎月の賃金合計		円	
	定年制	<input type="checkbox"/> あり(一律 歳) <input type="checkbox"/> なし		通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 定額支給(限度額 円)		
	再雇用	<input type="checkbox"/> あり( 歳まで) <input type="checkbox"/> なし		住宅手当	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 定額支給(限度額 円)		
	勤務延長	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		昇給	(ベースアップ込みの 前年度実績)	<input type="checkbox"/> あり(年 回 %程度) <input type="checkbox"/> なし	
就業規則	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> なし			
駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	施設見学		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
備考		応募書類		<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 <input type="checkbox"/> 健康診断書 <input type="checkbox"/> その他			
		提出方法		<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 送付			
		選考方法		<input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> 筆記試験 ( <input type="checkbox"/> 一般常識 <input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 論文) <input type="checkbox"/> 適性検査 <input type="checkbox"/> 実技試験 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> その他( )			
		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)			

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-iryousei.ac.jp