

受付番号
受付日

求人票



事業所概要	フリガナ 事業所名		設立	年 月 日
			資本金	
	所在地	〒 URL: TEL: FAX:	代表者職 氏 名	
	書類提出先	□所在地に同じ 〒	採用担当 部 署 氏 名	TEL: FAX: E-MAIL:
	事業内容 診療科目			
	職員数	名 [医師: 名 看護師: 名 理学療法士: 名 作業療法士: 名 言語聴覚士: 名]		
	病床数	床 [一般: 床 療養: 床 精神: 床]		
リハビリ施設基準				

求人	職 種	募集人員	就業場所	応募条件
	理学療法士	□若干名 名		□理学療法士 (取得見込) □作業療法士 (取得見込) []
	作業療法士	□若干名 名		
	いずれか	□若干名 名		既卒者 □可 □不可

勤務条件	賃 金	基 本 給	円	勤務時間	変形労働時間制 [□有 □無]
		通 勤 手 当	円		平日 [時 分 ~ 時 分]
		[] 手当	円		土曜 [時 分 ~ 時 分]
		[] 手当	円		曜 [時 分 ~ 時 分]
		[] 手当	円		曜 [時 分 ~ 時 分]
		計	円		年間休日数 [日]
	賞 与	年 回 計 ヶ月 (前年度実績)	休日休暇	完全週休2日制 [□有 □無 (週 体制)]	
	昇 給	年 回 計 円 月		休日 [□日曜 □祝日 □土曜 □曜日 □曜日]	
	宿 舎	□有 □無		休暇 [□年末年始 □夏期 □慶弔 □育児 □介護 □その他]	
	加入保険等	□健保 □厚生 □雇用 □労災 □財形 □その他	残業時間	月平均 [時間]	
		試用期間	□有 [ヶ月 条件()] □無		

応募・選考要領	受付期間	□ 月 日 ~ 月 日 □随時 □試験 [] 日前まで	受付方法	□郵送 □電話 □メール □ホームページ □その他 ()
	選考日時	□別途通知 ① 月 日 時 分 ~ 時 分 □左記日時 ② 月 日 時 分 ~ 時 分 ③ 月 日 時 分 ~ 時 分 ④ 月 日 時 分 ~ 時 分	応募書類	□履歴書 □卒業見込証明書 □成績証明書 □その他 ()
	見学・説明会	□必須 □任意 □随時 [事前申込 □要 □不要] □左記日時 ① 月 日 時 分 ~ 時 分 ② 月 日 時 分 ~ 時 分 ③ 月 日 時 分 ~ 時 分 ④ 月 日 時 分 ~ 時 分	選考方法	□筆記 [□専門 □常識 □英語 □作文 □その他 ()] □面接 □検査 [□適性・ □その他 ()]
			選考場所	

備考