求人票（理学療法学科用）

平成　　年　　月　　日

求人先	ふりがな		分類	病院・診療所・老健・福祉施設・他	
	名　称				
	所在地 書類提出先	〒 TEL：　　－　　－　　FAX：　　－　　－			
	法人名		代表者名		
	施設長名		採用担当者		
	交通機関	最寄駅　　線　　駅下車　　バス・徒歩　　分			
	職員数	名（内訳）　男　　名、女　　名	設　立	大・昭・平　　年　　月	
	その他 特記事項				

採用条件	求人職種		資　格		求人数	名
	勤務形態	平　日　時　分 ～ 時　分		休　日	週休　日制 （年間　日） [備考]：	
		平　日　時　分 ～ 時　分				
		平　日　時　分 ～ 時　分				
				有給休暇	初年度　日 最　高　日	
		その他				
	給　与	基本給	円	通勤費	全額・最高　　円まで　支給	
		手当	円	賞　与	年　回　ヶ月（初年度　ヶ月）	
		手当	円	昇　給	年　回　円	
		手当	円	社会保険など	健康保険・厚生年金・雇用保険・ 労災保険・退職金・その他（　）	
		合　計	円			
	インターンシップ制度		有　・　無	宿舎	有　・　無	
	その他					

応募・選考要領	提出書類 （持参・郵送）	履歴書・卒業見込証明書・成績証明書・資格取得見込証明書・推薦書・健康診断書 その他（　） 送付先：		
	出願期限	平成　年　月　日（　）迄 随時受付	携行品	筆記用具・上履・印鑑 その他（　）
	選考日時	1次：平成　年　月　日（　）　時　分～　[会場] [試験内容]		
		2次：平成　年　月　日（　）　時　分～　[会場] [試験内容]		
	採否連絡日	月　日頃	通知方法	本人(自宅)通知　・　学校通知
補足事項				

（お願い）必要事項を記入し、該当項目には○印を入れてください。　　ハーベスト医療福祉専門学校