

求人票 (在校生用)

※ 受付日	20 年 月 日
※ 受付番号	

記入上のおねがい ※印以外の空白欄へ記入し、該当事項を○で囲んで下さい。

求人先	フリガナ			設立年月日	年 月 日		
	会社・法人・施設名等			代表者名			
	所在地	〒		TEL	FAX		
	書類提出先	〒		TEL	FAX		
	Eメール		HP				
	業務内容			在籍する 理学療法士	計 名 (うち常勤 名、非常勤 名)		
施設概要	募集職種	職務内容		採用予定			
		理学療法士助手		名			
	勤務予定地	〒		最寄駅:	TEL:	FAX:	
	勤務時間	平日	時 分 ~ 時 分	休日	1. 完全週休二日制 2. その他 ()		
		土曜	時 分 ~ 時 分	雇用期間	□短期(希望期間)・□長期		
	勤務日	週 ~ 日希望 □相談可・□相談否		入社希望日	□即日・□月 日		
	病床数	床	事業内容	□整形外科・□リハビリテーション科・□内科・□その他			
	加入保険	健康保険(有・無)・雇用保険(有・無)・労災保険(有・無)・その他()					
	卒業生の在籍有無	<input type="checkbox"/> 現在在籍している(名)・ <input type="checkbox"/> 過去に在籍していた(名)・ <input type="checkbox"/> 在籍していない・ <input type="checkbox"/> 分からない <small>卒業生氏名【任意】() ※本票は公開しますので、予め本人に同意を得て頂けるようお願いいたします。</small>					
	待遇	給与体系	職務内容		理学療法士助手		
		賃金		時給 円			
		交通費		□全額支給 □上限¥ 円まで支給			
選考	応募期間	西暦 年 月 日 () ~		西暦 年 月 日 ()			
	選考日時	□西暦 年 月 日 () :		開始 □随時 □電話にて調整の上			
	選考方法	□書類審査 □面接 □適性検査 □筆記(一般・専門) □小論文 □その他()					
	選考場所	□書類提出先 □その他()					
	提出書類	□履歴書 □その他()					
	採用予定日	西暦 年 月 日 ()		合格発表者への通達時期・方法		□電話・□郵送・□メール	
備考							

※貴社の概要案内等の参考資料がございましたら、学生に閲覧させていただきますので、御惠贈いただければ幸いに存じます。