

求人者	ふりがな	ふりがな		
	法人名	事業所名		
	所在地	〒 -	経営母体	国 都道府県 市町村 法人 その他( )
	書類提出先	〒 -	施設種別	病院 診療所 老健 福祉施設 その他( )
	代表者名	役職名	病床数	床
	人事担当者連絡先	役職名 部 課 氏名 TEL ( ) FAX ( )	設立日	明・大・昭・平 年 月 日
		ホームページ	http://	
		メールアドレス		

主要医療機器	
診療科目	内, 心内, 精, 神, 呼, 消, 循, アルギ-, リウマチ, 小, 外, 整, 形, 美, 脳外, 呼外, 心外, 眼, 耳鼻, リハ, 放, 神内, 胃, 皮, 泌, 産, 婦, 総合診療, 歯, その他( )

採用条件	採用職種	求人数	職務内容	従業員数 総職員数 名(常勤 名・非常勤 名) 医師 (常勤 名・非常勤 名) 理学療法士 (常勤 名・非常勤 名) 作業療法士 (常勤 名・非常勤 名) 言語聴覚士 (常勤 名・非常勤 名)
	理学療法士			
	作業療法士			
	言語聴覚士			

勤務条件・その他の条件	区分	職種別	雇用期間の定め	有 ( 年 月 迄 ) ・ 無		
	基本給	円	円	円	賞与	年 回 カ月
	手当	円	円	円	昇給	年 回 % 円
	手当	円	円	円	通勤費	全額 ・ 円まで
	手当	円	円	円	職員寮	有 ・ 無 組 合 有 ・ 無
	計(税込)	円	円	円	退職金制度	有 (最低 年勤続) ・ 無

勤務時間・休日	交替制	有 ・ 無 ( 交替制)	休日	土曜・日曜・祝祭日・他( 曜)	転勤	有 ・ 無
	平日	時 分 ~ 時 分	週休2日制	有 (完全・隔週・月 回) ・ 無		
	曜日	時 分 ~ 時 分	有給休暇	初年度 日・次年度 日	加入保険等	・健康・厚生 ・雇用・労災 ・財形 ・その他( )
	変形労働時間制	有(補足事項に記入)・無	既卒の応募	可 ・ 否 職種( )		
			研修制度			

説明会・見学等日時	月 日 : ~ : ・ 随時 / 場所	提出書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>履歴書(写真 枚)</li> <li>卒業見込証明書</li> <li>成績証明書</li> <li>健康診断書</li> <li>その他 ( )</li> </ul>	
説明会・見学申込	・電話 ・Eメール ・郵送 ・その他( ) 日前までに申込み			
採用試験	受付期間	1次 月 日 ~ 月 日・随時 2次 月 日 ~ 月 日・随時	携行品	<ul style="list-style-type: none"> <li>筆記用具</li> <li>印鑑</li> <li>その他 ( )</li> </ul>
	選考方法	面接 有 (・個別面接・集団面接・グループ討議・他 ) ・回数 全 回 筆記 有 (・専門・常識・英語・作文・論文・他 ) ・ 無 その他 有 (・書類選考・適性検査・健康診断・他 ) ・ 無		
	選考日時	1次 月 日 時 分 2次 月 日 時 分 ・別途連絡 ・ 月 日以降随時 ・別途連絡 ・ 月 日以降随時		
試験会場				
備考				

補足事項(勤務形態・雇用期間・勤務時間・設備・環境・勤務地・研修制度・求める人物像など)

※ 受付日	月 日	郵・来・FAX・Eメール( )	求人職種	PT・OT・ST・( )	受付番号
-------	-----	-----------------	------	--------------	------

※印欄は記入しないでください。