|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **求　　　人　　　者** | 事業所名 | ふりがな |
|  |
| 所在地 | (〒　　　　－　　　　　　) |
| 代表者名 | ふりがな | 設立年月 | 年　　　　月 |
|  |
| 採用担当役職氏名 | ふりがな | 電話 | (　　　　　)　　　　― |
| 職名　　　　　氏名 |
| 事業内容(診療科目等) |  | 病床数 | 床 | 従業員数 | 名 |
| **採　　用　　条　　件** | 採用職種及び人数 | [ ]  臨床検査技師　　　　　　名　　　　[ ]  看護師　　　　　　名[ ]  診療放射線技師　　　　　　名　　　　[ ]  保健師　　　　　　名[ ]  薬剤師　　　　　　名　　　　[ ]  助産師　　　　　　名 |
| 初任給 | 職種 | 基本給 | 諸手当 | その他 | 　　　合計 |
| 臨床検査技師 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 診療放射線技師 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 薬剤師 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 看護師 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 保健師 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 助産師 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 賞与 | 年　　　　回／平均　　　ｶ月 | 昇給 | 年　　　回／平均　　　　％ |
| 勤務時間 | 午前　　　　時　　　　分　～　午後　　　　時　　　　分交代勤務（　有　・　無　） | 残業 | 月平均　　　　時間 |
| 休日 | 月　・　週　　　　　回 | 勤務予定地 |  |
| **採　用　方　法** | 提出書類 | 履歴書･成績証明書･卒業(見込)証明書健康診断書（公立機関・本学校医・いずれでも可）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 障がい者採用 | 有・無 |
| 既卒者採用 | 有・無 |
| 受付期間 | 年　　　　月　　　　日～　　　　年　　　　月　　　　日年　　　　月　　　　日　以降　　随時 |
| 選考方法 | 書類選考 | 有・無 | 筆記 | 有(専門･常識･作文･　　　)･無 | 携行品 | 筆記用具印鑑その他(　　　　) |
| 面接 | 有・無 | 検査 | 適性･身体･その他(　　　　　) |
| 選考日時 | 月　　日　　時　　分 ・ 随時 | 選考場所 |  |
| **備考** |  |

**求　人　票**

**岐阜医療科学大学**

記入上の注意　　１．＊印欄は記入しないで下さい。　２．採用方法欄については該当事項を○印でご記入下さい。

　　　　　　　　３．この申込書以外に要覧、求人要項等がございましたら添付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| ＊受 付 年 月 | ＊受　付　№ |