

求人申込書

【介護職用】

厚生労働大臣許可 (株)医療人材センター

令和 年 月 日

医療機関 名称		診療科目				
		職員数	名	ベッド数	床名	
所在地	〒	募集職種の現職員数				
		TEL				
		FAX				
代表者	(役職)	担当者	(役職)			

* 求人概要 *

募集人員	職種() ()名		職種() ()名	
雇用形態	常勤 (日勤 当直 三交替 二交替) パート(長期 短期 月~ 月迄) 臨時()			
年齢	不問	年齢制限理由		
	有 才~ 才迄	(指針)		
職員寮	有	(本人負担額	円)	無
託児所	有	(本人負担額	円)	無
職員駐車場	有	(本人負担額	円)	無
仕事内容				
必要な経験等	不問	年以上	学歴	
必要な資格等				

* 給与条件 *

該当項目のみご記入下さい。

区分				
基本給	年俸制	~	円	円
	月給制	~	円	円
	日給・時給制	~	円	円
	その他	~	円	円
その他の手当等	手当	円	円	円
	手当	円	円	円
	手当	円	円	円
	手当	円	円	円
	手当	円	円	円
通勤手当	有 無	定額(円迄)	時間外	月平均 時間
賃金締切	毎月 日	賃金支払 毎月 日	退職金制度	無 有 年以上
定期昇給	年 回	円位	賞与(昨年実績)	年 回 ヶ月分

* 勤務条件 *

就業時間	時 分~ 時 分	休日	
	時 分~ 時 分	週休二日制() 月()休	
	時 分~ 時 分	<その他の場合>	
	時 分~ 時 分	()	
休憩時間	時 分~ 時 分 (分)	1病棟あたりの夜勤人数 ()人	
平均夜勤回数	()交替 月()日位	そのうち看護師 ()人	
加入保険	雇用 労災 健保	厚生 退共 基金	
定年制	有 一律 才・ 無	再雇用制度	有 (才迄) ・ 無
育児休業取得実績	有 ・ 無	介護休業取得実績	有 ・ 無

* 特記事項は下の余白にお書き下さい。