

# 求人申込書

【事務職用】

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	
所在地	〒	募集職種の現職員数		名		
		TEL				
		FAX				
代表者	(役職)	担当者	(役職)			

\* 求人概要 \*

就業場所					
職種		採用人数	人	募集理由	
仕事内容					
受動喫煙対策	有 ( ) 無	学歴			
雇用形態	正社員 ・ それ以外( )	試用期間	有(ヶ月)・無		
雇用期間	雇用の定め: なし・あり( )	条件( )			
年齢	不問 (才~才)	年齢制限理由:			
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	転勤の可能性:有・無 ( )			
必要な経験等	不問 年以上	PCスキル			
必要な資格等					

\* 給与条件 \*

該当項目のみご記入下さい。

基本給	年俸制	~ 円	その他の手当	円
	月給制	~ 円	手当	円
	日給・時給制	~ × 日	手当	円
	その他	~ 円	手当	円
固定残業代	有 ( 円~ 円)	無 (特記事項: )		
通勤手当	有 無	月額( 円迄)		
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	分	時間外	月平均 時間 ( )	
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
<input type="checkbox"/> 私どもは、この求人申込みの時点において、職業安定法に規定する求人不受理の対象に該当しません。(✓記入して下さい)				

\* 特記事項は下の余白にお書き下さい。