

求人申込書

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	〒	職種人数	名	病棟数	
		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。

区分					
基本給	年俸制	~	円	~	円
	月給制	~	円	~	円
	日給・時給制	~	×	日	×
その他の手当等	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	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 ()	
平均夜勤回数	() 交替	月 () 日位	1病棟あたりの夜勤人数 () 人 / 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	
<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。