求人票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 求  人  先 | 施設名 |  | | | | |
| 所在地 | 〒  TEL　　　　　　　 FAX  E-mail | | | 代表者 |  |
| 設立　年度 |  |
| 最寄駅：　　　　　　線　　　　　　　駅下車 | | | 病床数 | 床 |
| 事業・職務  内容 |  | | | 従業員 | 名 |
| 定年 |  |
| 診療科目 |  | | | | |
| 採  用  条  件 | 採用予定人員 | 理学療法士　　　　名 | | | | |
| 勤務時間 | （平　日）　　　　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分  （土曜日）　　　　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分  （日曜日・祝日）　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分  （実働時間）　　　　時間 | | | | |
| 基本給 | 円 | 賞与 |  | | |
| 通勤手当 | 円 | 昇給 |  | | |
| 手当 | 円 | 社会保険 |  | | |
| 手当 | 円 | 休日 |  | | |
| 手当 | 円 | 年次有給 |  | | |
| 給与総額 | 円～　　　　円 | 退職金制度 |  | | |
| 選  考  要  件 | 応募書類 |  | | | | |
| 応募締切 |  | | | | |
| 選考方法 |  | | | | |
| 選考日時 |  | | | | |
| 選考場所 |  | | | | |
| 書類提出先 | 〒  担当者  TEL　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　E-mail | | | | |
| 補足事項  ※特徴などあれば記載願います。 | |  | | | | |