

求人票 (20__年3月卒業予定者)

※受付年月日	※受付番号	※施設番号

病院情報	フリガナ		設立年月 (西暦)	年	月
	名称		経営母体		
	代表者 (役職) (氏名)		病床数		床
	所在地 〒		看護単位		
	TEL — — FAX — —		職員数	看護師 人 助産師 人	
	最寄駅 線 駅 徒歩・バス 分			保健師 人	
	書類提出先 (上記所在地と異なる場合のみご記入ください) 〒		人事担当者名	その他 人	
	TEL — — FAX — —			(部署)	
ホームページURL	http://				
診療科目					

採用条件	募集職種	①看護師 () 名 男・女	②助産師 () 名 男・女	③保健師 () 名 男・女	
	初任給	基本給			
		手当			
		手当			
		計			
	年 月	現行・見込	現行・見込	現行・見込	
勤務時間	シフト 無・有 (1. 二交替制 2. 三交替制)	交通費	1. 全額 2. 円迄		
	(): 時 分 ~ 時 分	休日休暇	1. 週休2日・隔週2日・他 () 2. 日曜・祝日・ () 曜		
	(): 時 分 ~ 時 分		3. 年間休日 (日) 4. 有休 (初年度 日)		
社会保険	1. 健康保険 2. 厚生年金 3. 雇用保険 4. 労災保険	賞与 (年) 回 約 ヶ月	昇給 (年) 回 %		
	5. 退職金制度 (勤続 年以上) 6. ()	入寮 男子 (可・不可)、女子 (可・不可)	託児所 (有・無)		
勤務施設	※より具体的に記入してください				

採用試験	説明会	日時 月 日 時 分	試験	日時 月 日 時 分	
	場所			場所	
	提出物 持参物	1. 履歴書 指定 (有・無) 2. 成績証明書 3. 卒業見込証明書 4. 健康診断書 5. 筆記用具 6. 印鑑 7. ()		方法	1. 筆記試験 2. 小論文 3. 面接 4. その他 ()
	採用年齢	※制限がある場合、下記にご記入ください ・入社時 才迄 (年 月 日出生以降)		受付期間	随時・ (月 日 ~ 月 日迄)

備考	※上記に記入しきれない点があればご記入ください
----	-------------------------