

求 人 票

学校法人澤田学園 松江総合医療専門学校

求人者	ふりがな		ふりがな				
	施設名		代表者名				
	所在地		TEL () -		FAX () -		
	ふりがな		ふりがな				
	法人名		理事長名				
	所在地		TEL () -		FAX () -		
	人事担当者	役職	ふりがな氏名				
	施設種別	総合病院・救急病院・診療所 介護老人保健施設・介護老人福祉施設 その他の施設 ()		設立 年 月	全従事者数・ 病床数	名	
				資本金 円		床	
	求人数	看護学科	名	正規 その他()	在職数	看護師	名
理学療法士科		名	正規 その他()	理学療法士		名	
作業療法士科		名	正規 その他()	作業療法士		名	
勤務条件等	職種別				勤務時間等		
	区分		賃金(現行・予定)	月給() 給	月給() 給	平日 時 分から 時 分まで	
	基本給	円		円			
	資格手当	円		円	(備考)		
	住宅手当	円		円			
	()手当	円		円	休日: 日曜日 祝日 平日()曜日		
	その他	円		円	半日()曜日 休憩時間 分		
	計(税込)	円		円	有休 有・無()		
	賞与 年 回・ ヶ月分 昇給 年 回・ % 職員宿舎等 有・無				変形時間労働制 有・無		
	保険 健康・厚生・雇用・労災・その他()				残業 有(月平均 時間)・無		
応募・選考要領	説明会	日時	場所		交通費 全額・ 円まで		
	応募書類	履歴書・卒業見込証明書・成績証明書 健康診断書・その他()				選考	日時 月 日 : ~ : 月 日以降随時
	受付期間	月 日 ~ 月 日 月 日 以降随時					場所
	選考方法	筆記	有・無()		適性検査 身体検査 他		
面接		有・無					
補足事項							
* 以下記入不要							
求人受付日	求人施設受付番号		受付印				
* 求人票をいただきます際に、貴施設のパンフレット等を添付していただきますと幸いです。							

複数求人がある場合はコピーしてご使用下さい。