

求 人 票

OT
ORT
H

求 人 者	ふりがな				連 絡 先			
	事業者名				TEL			
	所在地	(〒 -)			FAX			
	ふりがな	(役職名)			URL			
	代表者名				E-mail			
者	事業内容 (診療科目)				人事担当者	部 課		
		設立年月	年 月	従業員数				
求 人 数 等	職 種	求人数	勤 務 先		所 在 地		関係職員数	
	作業療法士	人					作業療法士 人	
	視能訓練士	人					視能訓練士 人	
採 用 条 件 等	区分\職種				休日	土曜・日曜・祝日 ・()曜日	賞 与	年 回・約 月
	雇用形態	正社員 正社員以外 ()	正社員 正社員以外 ()	正社員 正社員以外 ()		昇 給		年 回・約 円
	賃金形態	月給(給)	月給(給)	月給(給)	休暇	週休2日制 有・無	交通費	全額・ 円まで
	基本給	円	円	円		有給休暇(日)	産休 有・無 育休 有・無	
	手当				勤務時間	午前 時 分~ 午後 時 分	研修制度	国内研修 有・無 学会出張 有・無 施設内教育 有・無
	手当					土曜日 午後 時 分まで	労働組合	有・無
	計					休憩 時間 分	加入保険 等	健康・厚生・雇用・ 労災・財形・ ()
	福 利 厚 生	福利制度	研修施設 有・無	保養施設 有・無	施設内保育 有・無	その他()		
宿舍施設		単身用 有・無	世帯用 有・無	その他()				
応 募 ・ 選 考 要 領	説明会	日時	場所		選 考	日時	別途 通知	月 日 時 分
	応募書類	履歴書・卒業見込証明書・成績証明書・健康診断書						月 日 時 分
	応募方法	郵送・電話・FAX・E-mail・その他()						月 日以降随時
	受付期間	年 月 日~ 年 月 日			場 所			
		年 月 日 以 降 随 時				既卒者		応募 可・否
選考方法	筆記 [有(専門・常識・作文・その他)・無]		面接 有・無		検査 [有(適性・その他)・無]	結果の通知 時期・方法		
(備 考)								

(注) 求人内容を変更したときや、求人が充足したときはお知らせ下さい。
また、施設パンフレット等ございましたらご同封をお願いいたします。