

求人依頼票

平成 年 月 日

施設概要	施設名称			所在地	〒 -					
	施設長 (代表者)			求人担当者						
	設置主体	国立・県立・医療法人・株式会社・有限会社・合名・合資・その他 ()								
	設立年月日	T・S・H	年	月	日	電話番号				
	事業内容									
	年商			資本金						
	職員数	義肢装具士 () 名・製作技術者 () 名・その他の職員 () 名								
採用条件	募集期間	平成 年 月 日		～	平成 年 月 日					
	募集人数	名		採用年月日	平成 年 月 日					
	提出書類			試験内容						
	採用試験	試験日：平成 年 月 日		採否通知	発送日：平成 年 月 日					
	採用職種名									
	採用希望校	<input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター学院 <input type="checkbox"/> 日本聴能言語福祉学院 <input type="checkbox"/> 熊本総合医療リハビリテーション学院 <input type="checkbox"/> 人間総合科学大学 <input type="checkbox"/> 神戸医療福祉専門学校三田校 <input type="checkbox"/> 西武学園医学技術専門学校 <input type="checkbox"/> 北海道ハイテクノロジー専門学校 <input type="checkbox"/> 北海道科学大学 <input type="checkbox"/> 新潟医療福祉大学 <input type="checkbox"/> 広島国際大学 <input type="checkbox"/> 何れの卒業生でも可								
給与体系	支給額 ①			控除額 ②						
	・ 基本給	(	円)	・ 保険	(	円)		
	・ 手当	(	円)	・ 厚生年金	(	円)		
	・ 〃	(	円)	・ 所得税	(	円)		
・ 〃	(	円)	・	(	円)			
・ その他	(円) 計	円	・ その他	(円) 計	円			
差引額	① - ②		計	円						
賞与	年	回	： 支給額	ヶ月	昇給	年	回	： 年率	%	円
福利厚生	共済組合	有・無 名称：()		健康保険	有・無 名称：()					
	退職金									
	勤務時間	1週間の勤務時間 (時間) 平日 AM : ~ PM : 土曜 AM : ~ PM :								
	年間休日			有給休暇	年間 日 (初年度 日)					
宿舎	有・無		宿舎費	世帯者用 円・独身者用 円						
その他	学会参加及び外部研修制度									
	対象学会・研修先									
	参加回数	年	回	経費負担	公費負担・個人負担・公費一部負担 (円)					
	特記事項									