

()年3月卒業予定者向け 求人申込書

求 人 者	ふりがな						ふりがな						
	法人名						事業所名						
	所在地	〒 ー					業 種 事業内容						
		TEL () FAX ()											
	書類提出先	〒 ー					系 列		設 立	明・大・昭・平 年			
	代表者名	役 職 名 氏 名					資本金	円	年 商	円			
	人 事 担当者	部 署 名 部 課 / 役 職 名					従業員数	全体 名 / うち女性 名					
		氏 名					うち新潟医療 福祉大卒	男性 名 / 女性 名					
連絡先	TEL () FAX ()					OBOG紹介							
ホームページ						メールアドレス							
職員内訳	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	MSW・PSW	相談員・指導員	臨床工学技士	臨床検査技師	視能訓練士	救急救命士	診療放射線技師		
	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名		
採 用 条 件	雇用形態 採用 種別 数等	雇用形態	採用職種		求人数	職務内容		勤務予定地		受動喫煙対策について			
勤 務 条 件 ・ そ の 他 の 条 件	初任給 (現行・見込)	職種別 区分									賞 与	新卒者の前年度実績	
		基本給	円	円	円	円	円	円	年 回 カ月				
		手当	円	円	円	円	円	円	昇 給	新卒者の前年度実績			
		手当	円	円	円	円	円	円	通 勤 費	年 回 % 円			
		手当	円	円	円	円	円	円	職 員 寮	有・無	組 合	有・無	
		計(税込)	円	円	円	円	円	円	退 職 金 制 度	有(最低 年勤続) ・ 無			
	勤務時間・休日	交替制	有 ・ 無 (交替制)		休 日	・土曜 ・日曜 ・祝祭日		転 勤	有 ・ 無				
		平 日	時 分 ~ 時 分	週休2日制		・他()			加入 保険	・健康 ・厚生			
			時 分 ~ 時 分	年間休日数	有 (完全・隔週・月 回) ・ 無		・雇用 ・退職金						
			時 分 ~ 時 分	年 日			・労災 ・財形						
		() 曜日	時 分 ~ 時 分	有 給 休 暇	初年度 日 ・次年度 日		・その他						
		休憩時間			大学院生の応募		可 ・ 否		()				
	時間外	有	月平均	時間	前年既卒の応募		可 ・ 否						
	説明会・見学等日時		/ 場所							提 出 書 類	・ 履歴書(写真 枚) ・ 卒業見込証明書 ・ 成績証明書 ・ 健康診断書 ・ その他 ()		
	説明会・見学申込		・電話 ・Eメール ・その他 /特記:										
受付期間		月 日まで ・ 随時 /特記:											
採 用 試 験	選 考 方 法	面接	有 (個別面接 ・ 集団面接 ・ グループ討議 ・ 他) 全 回					携 行 品	・ 筆記用具 ・ 印鑑 ・ その他 ()				
		筆記	有 (専門 ・ 常識 ・ 作文 ・ 論文 ・ 他) ・ 無										
		その他	有 (書類選考 ・ 適性検査 ・ クレペリン ・ 他) ・ 無										
	選 考 日 時	1次 月 日 時 分			2次 月 日 時 分								
		別途連絡			別途連絡								
試 験 会 場													
特記・補足事項など													
※	受付日	月 日	就職センターで閲覧できる資料			パンフレット ・ 受験案内詳細			N・追	受付番号			

※印欄は記入しないでください。