

求 人 票

学校法人澤田学園 松江総合医療専門学校

求人票	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	理学療法学科	名	正規 臨時 その他()	在職数	理学療法士	名
作業療法学科		名	正規 臨時 その他()	作業療法士		名	
看護学科		名	正規 臨時 その他()	看護師		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	
		基本給	円	円		時 分まで	
		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・ % 職員宿舍等 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()				
	面接	有・無		適性検査 身体検査 他			
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。