

求人依頼票

平成 年 月 日

施設概要	施設名称		所在地	〒 ー	
	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・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				
	採用試験	試験日時：平成 年 月 日	試験内容		
	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"/> 熊本総合医療福祉学院 <input type="checkbox"/> 早稲田医療技術専門学校 <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"/> 北海道工業大学工学部医療福祉工学科 <input type="checkbox"/> 新潟医療福祉大学医療技術学部義肢装具自立支援学科 <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				