

求人申込票

※は該当項目を選択し、いずれかに○を記入して下さい。

ID: _____

求人先	フリガナ				フリガナ					
	名称				採用担当者					
	フリガナ				フリガナ					
	院長		<input type="checkbox"/> 本校卒業生 <input type="checkbox"/> 本校在校生		採用担当者		<input type="checkbox"/> 本校卒業生 <input type="checkbox"/> 本校在校生			
	勤務地		〒 _____							
	TEL		(_____) _____ - _____		FAX		(_____) _____ - _____			
	HPアドレス		http:// _____		携帯TEL					
	最寄駅		_____ 線 _____ 駅【徒歩・バス】 _____ 分		従業員数		当院 _____ 人 (事業全体 _____ 人)			
			_____ 線 _____ 駅【徒歩・バス】 _____ 分		ベッド数		_____ 床			
	連絡先 (上記と異なる場合はご記入下さい)		名称							
住所			〒 _____							
TEL (_____) _____ - _____			FAX (_____) _____ - _____		***					
施術内容※		治療別患者数：鍼灸治療 (_____ 人/週) ・ 柔道整復 (_____ 人/週) ・ その他 (_____ 人/週)								
		整体 ・ カイロ ・ トレーナー ・ トリガーポイント ・ マッサージ ・ 往診 ・ スポーツ外傷 ・ アロマ ・ エステ ・ 美容鍼 介護 (デイサービス) ・ その他 (_____)								
求人内容・勤務条件	対象者		鍼灸師		柔道整復師		無資格者		その他 (_____)	
	年齢		歳位まで		歳位まで		歳位まで		歳位まで	
	採用人数		常勤		アルバイト		常勤		アルバイト	
			名 _____ 名 _____		名 _____ 名 _____		名 _____ 名 _____		名 _____ 名 _____	
	基本給		円 _____ 時給 _____ 円		円 _____ 時給 _____ 円		円 _____ 時給 _____ 円		円 _____ 時給 _____ 円	
			円 _____		円 _____		円 _____		円 _____	
	手当		円 _____		円 _____		円 _____		円 _____	
	手当		円 _____		円 _____		円 _____		円 _____	
	手当		円 _____		円 _____		円 _____		円 _____	
	合計額 (毎月定期的に支給される額)		円 _____		円 _____		円 _____		円 _____	
	賞与		回/年 _____ ヶ月分・寸志 _____		ヶ月分・寸志 _____		ヶ月分・寸志 _____		ヶ月分・寸志 _____	
	試用期間※		無し ・ 有り (_____ ヶ月) 試用期間中の月給 _____ 万円～ / 時給 _____ 円～							
	加入保険等※		健康 ・ 厚生 ・ 雇用 ・ 労災 ・ その他 (_____)							
	勤務時間※		午前診 _____ 午後診 _____ 通し勤務 _____ 休憩時間 _____ 分		午前診 _____ 午後診 _____ 通し勤務 _____ 休憩時間 _____ 分		午前診 _____ 午後診 _____ 通し勤務 _____ 休憩時間 _____ 分		午前診 _____ 午後診 _____ 通し勤務 _____ 休憩時間 _____ 分	
			【月・火・水・木・金・土・日・祝】 (_____ : _____ ~ _____ : _____) (_____ : _____ ~ _____ : _____) (_____ : _____ ~ _____ : _____)		【月・火・水・木・金・土・日・祝】 (_____ : _____ ~ _____ : _____) (_____ : _____ ~ _____ : _____) (_____ : _____ ~ _____ : _____)		【月・火・水・木・金・土・日・祝】 (_____ : _____ ~ _____ : _____) (_____ : _____ ~ _____ : _____) (_____ : _____ ~ _____ : _____)		【月・火・水・木・金・土・日・祝】 (_____ : _____ ~ _____ : _____) (_____ : _____ ~ _____ : _____) (_____ : _____ ~ _____ : _____)	
交替制		有 ・ 無		残業 _____ 月平均 _____ 時間		その他特記事項 _____				
休日※		日 ・ 祝 ・ GW ・ 夏季 ・ 年末年始 ・ その他 (_____)								
交通費※		全額 ・ 一部 (_____ 円まで) ・ 無し		歩合制※ _____		無し ・ 有り		☆卒業生・在校生が在職している場合は、氏名をご記入ください。 (卒・在) (卒・在) (卒・在) (卒・在) (卒・在)		
昇給※		無し ・ 有り (_____ %・円) 前年度実績 _____		施設見学※ _____		可 ・ 不可				
事業所の特徴 または勤務希望者へのメッセージ										

【森ノ宮医療大学での求人票掲示… 可 ・ 不可】

森ノ宮医療学園専門学校
送付先FAX 06-6973-3133