

理学療法士求人票

求人先	施設名				記入日	月	日		
	所在地	〒			代表者				
		TEL	FAX		設立年度				
		E-mail			病床数				
		最寄駅:	線	駅下車	従業員数	医師	人		
		車通勤	可否	駐車場		有	無	人	
定年			その他	人					
事業内容									
診療科目									
採用条件	採用予定人数	理学療法士 名							
	勤務時間	平日	時	分	～	時	分	実働時間	時間
		土曜日	時	分	～	時	分	残業1日平均	時間
		日曜・祝日	時	分	～	時	分	有給休暇	1年目 日
		定休日	曜日	年間休日		お盆・年末・年始等 日			
	基本給	円		賞与					
	通勤手当	円		昇給					
	資格手当	円		社会保険		厚生年金・国民年金・労災・雇用			
	その他手当	円				健康保険(社保・国保)その他			
	※残業手当	円		退職金制度		□有 入職 年目より			
	給与総額	円～ 円				□無し			
※特記事項	残業手当は <input type="checkbox"/> 実績に応じて支給 <input type="checkbox"/> 固定: 時間で超えた場合は別途支給								
選考要領	応募書類								
	応募締め切り	随時	又は	月	日				
	選考方法	書類	面接	筆記(作文・小論文・学科試験等)					
	選考日時	随時	又は	月	日				
	選考場所								
	書類提出先	〒	ご担当者						
	TEL	FAX		E-mail					
補足事項	※特徴や学生へのメッセージなどあればご記入ください。								

※ご注意事項: 残業代については、詳しくご記入下さい。なお、固定残業手当は基本給に含めないでください。
 ※項目により○で囲むか、□点を記入してください。お手数ですが、原則としてすべての項目にご記入下さい。