

求人票

※

施設概況	ふりがな施設名			ふりがな施設長	役職 氏名				
	ふりがな所在地	〒		TEL () -		FAX () -			
	書類提出先	〒		TEL () -		FAX () -			
	ふりがな求人担当者	役職 氏名 (内線)		ふりがなリハ担当者	役職 氏名 (内線)				
況	診療科目								
	職員数	医師 リハ医 看護婦 その他 () 名	計 名	理学療法士 名 (男 名) (女 名)	作業療法士 名 (男 名) (女 名)	言語聴覚士 名 (男 名) (女 名)	病床数 床	患者数 (一日平均) 入院 名 外来 名	リハ治療を要する 患者数(一日平均) 入院 名 外来 名
		リハビリテーション室	理学療法 既設 m ²		作業療法 既設 m ²		言語療法 既設 m ²		
求人申込書	求人数	理学療法士	男 名	女 名	不問 名				
		作業療法士	男 名	女 名	不問 名				
		言語聴覚士	男 名	女 名	不問 名				
	給与等	資格取得前		資格取得後		交通費	全額・円まで		
		職位号棒		職位号棒		入寮	可・否		
		基本給		基本給		社会保険	健康・厚生・雇用・労災		
		手当		職務手当		勤務時間	時 分～ 時 分		
		手当		手当			土曜日 時 分まで		
		手当		手当		休日	日曜・祝日 曜・回		
		賞与等		賞与等			週休2日有・無 月 回		
定昇・その他	定昇 年 回								
応募・選考要領	宿舍等 ・有(月 円)・下宿等の利用(月 円)・無			職員給食	・有(1日 円)・無				
	応募書類	1.履歴書 2.卒業見込証明書 3.成績証明書 4.健康診断書 5.推薦書 6.その他()			日時	別途通知	月 日 午前・後 時 分 月 日 午前・後 時 分		
	締切月日	1次	月 日 2次 月 日		選考	場所			
	選考方法	筆記	専門・常識・英語・作文・無						
	面接	有・無 検査:適性・身体・その他()		携行品	印鑑・その他()				
補足事項									

「お願い」
①必要事項に○印をお願いします。
②参考資料をあわせてお送り下さい。