

大阪医療福祉専門学校 求人票

申込 年 月 日

求 人 先	ふりがな 施設名			代表者	役職	氏名	
				御担当名	役職	氏名	
	所在地	〒		Tel		Fax	
		E-mail		ホームページ		有 ・ 無	
	設立年月	年 月		病床数・定員数		床(数)	
	アクセス	最寄駅 線 駅		バス 分		徒歩 分	
	スタッフ構成	視能訓練士 名(男性 名・女性 名)		理学療法士 名(男性 名・女性 名)		作業療法士 名(男性 名・女性 名)	
診療時間	月・火・水・木・金・土・日		AM/PM		～AM/PM 休憩(分)		
	月・火・水・木・金・土・日		AM/PM		～AM/PM 休憩(分)		
勤 務 条 件	勤務時間	月・火・水・木・金・土・日		AM/PM		～AM/PM	
		月・火・水・木・金・土・日		AM/PM		～AM/PM	
	求人職種	視能訓練士 診療情報管理士		理学療法士 医療情報技師		作業療法士 医療事務	
						言語聴覚士 医師事務作業補助者	
	求人数	新卒者 名	経験者 名	休 日	<input type="checkbox"/> 週休2日(曜日・ 曜日) <input type="checkbox"/> 日・祝祭日のみ <input type="checkbox"/> その他()		
	基本給	円	円		休 暇	<input type="checkbox"/> 有給休暇(年間 日) <input type="checkbox"/> 夏季(日)・冬季(日)	
	資格手当	円	円	賞 与		年 回	
	皆勤手当	円	円		初年度：夏期 ヶ月・冬期 ヶ月		
	精勤手当	円	円		以降：夏期 ヶ月・冬期 ヶ月		
	初任給合計	円	円	そ の 他 待 遇			
	退職金	有(年以上在籍者)・無					
	試用期間	有 ヶ月/ 円	無	業 務 内 容			
交通費	全額支給・一部支給 円						
昇給	年 回	円・%					
加入保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 (国民健康保険 / 医師国保 / 社会保険) <input type="checkbox"/> 年金 (国民年金 / 厚生年金) <input type="checkbox"/> 労働保険 (雇用保険 ・ 労災保険)						
勤務開始日	年 月 日より ※卒業式等あり、3月20日以降のご設定でお願い致します。						
募集期間	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		面接日時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 指定 年 月 日 時～			
選考方法	<input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 筆記試験() <input type="checkbox"/> 実技試験() <input type="checkbox"/> その他()						
提出書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 卒業見込み証明書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 健康診断書 <input type="checkbox"/> その他()						
見 学	可 ・ 不可		備考				