

大阪医療福祉専門学校 求人票

申込 年 月 日

求人先	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 徒歩		分 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)		言語聴覚士 名(男性 名・女性 名)				
	医療事務 名(男性 名・女性 名)		診療情報管理士 名(男性 名・女性 名)				
	社会福祉士 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 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 診療情報管理士 社会福祉士 医療事務						
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		
手当	円	円		その他待遇			
初任給合計	円	円					
退職金	有( 年以上在籍者) ・ 無			業務内容			
試用期間	有 ヶ月/ 円 ・ 無						
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				