|  |  |
| --- | --- |
| ※ 受付日 | 20　　年　　月　　日 |
| ※ 受付番号 |  |

**求 人 票**（新卒者・既卒者対象）

記入上のおねがい　※印以外の空白欄へ記入し、該当事項を〇で囲んで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **求人先** | フリガナ |  | 設立年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 会社・法人・施設名等 |  | 代表者名 |  |
| 所 在 地 | 〒TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 書 類提出先 | 〒（採用担当課）　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| Eメール |  | HP |  |
| 業務内容 |  | 在籍する理学療法士 | 計　　　　名（うち常勤　　名、非常勤　　名） |
| **施設概要** | 募集職種 | 職務内容 | 採用予定 | 昨年度採用実績 |
| **理学療法士** | 名 | 男性　　　名 | 女性　　　名 |
| 勤 務予定地 | 〒最寄駅：　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 勤務時間 | 平日 | 時　　　分 ～　　　時　　　　分 | 休日 | １．完全週休二日制　２．その他（　　　　　） |
| 土曜 | 時　　　分 ～　　　時　　　　分 | 残業月平均 | 時間/月 | 当直月平均 | 回/月 |
| 病 床 数 | 床 | 事業内容 | □整形外科・□リハビリテーション科・□内科・□その他 |
| 休　　暇 | 有給休暇　年間　　　日（初年度　　日）・結婚休暇（有・無）・弔引休暇（有・無）・夏期休暇（有・無）育児休暇（有・無）・産休（有・無）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 加入保険 | 健康保険（有・無）・雇用保険（有・無）・労災保険（有・無）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 東都リハビリテーション学院卒業生の在籍有無 | □現在在籍している（　　名）・□過去に在籍していた（　　名）・□在籍していない・□分からない卒業生氏名【任意】（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※本票は公開しますので、予め本人に同意を得て頂けるようお願いします。 |
| **待****遇** | 給与体系 | 職務内容 | 理学療法士 |
| 基本給 | \　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 諸手当 | 手当 | \　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 手当 | \　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 合　計 | \　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 交通費 | □全額支給　　□上限￥　　　　　　　　円まで支給 |
| 昇給・賞与 | 昇給（年　　　　　　回）　　　賞与（年　　　　　　回）　　（前年度実績　　　　ヶ月） |
| **選考試験** | 応募期間 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）　～　 　西暦　　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 選考日時 | □西暦　　　年　　　月　　 日（　　　）　　：　　開始 □ 随時　　□ 電話にて調整の上 |
| 選考方法 | □書類審査　□面接　□適性検査　□筆記（一般・専門）　□小論文　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 選考場所 | □書類提出先　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 提出書類 | □履歴書　□卒業見込証明書　□成績証明書　□健康診断書　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 採用予定日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　 日（　　　） | 合格発表者への通達時期・方法 | □電話・□郵送・□メール |
| **備考** |  |

※貴社の概要案内等の参考資料がございましたら、学生に閲覧させていただきますので、御恵贈いただければ幸いに存じます。

東都リハビリテーション学院 就職指導課　　　〒153-0044 東京都目黒区大橋2-4-2 TEL:03-3468-4656 Fax:03-3468-4635