

求 人 票

(新卒者・既卒者対象)

※ 受付日	20 年 月 日
※ 受付番号	

記入上のおねがい ※印以外の空白欄へ記入し、該当事項を○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、御惠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