はくほう会医療専門学校 赤穂校

※太枠のみ記入してください

# 求 人 申 込 票

| 受付番号 | 受付日 |
|---|---|
| | 平成　年　月　日 |

## 事業所の概要

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>名称 | | | （役職） | |
| | | | ふりがな<br>代表者名 | |
| 所在地 | 〒 | | TEL<br>FAX<br>URL | |
| 出願書類提出先 | 〒 | | TEL<br>FAX<br>URL | |
| 求人担当 | 部署 | | 担当者 | |
| 経営母体 | 国　都道府県　市町村　法人　その他（　） | | 設立日 | 明・大・昭・平　年　月　日 |
| 施設種別 | 病院　診療所　老健　福祉施設　その他（　） | | 病床数 | 床 |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ施設基準 | | | 看護体制 | |
| 主要医療機器 | | | | |
| 診療科目 | 内、精、神、呼、消、胃、循、小、外、整、形、脳、皮、泌、肛、産婦、眼、耳鼻、リハ、放射、歯、麻、その他(　) | | | |
| 理念運営方針特色など | | | | |

| 職員数 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医師 | 名 | 看護師 | 名 | 保健師 | 名 | 助産師 | 名 |
| 理学療法士 | 名 | 作業療法士 | 名 | 言語聴覚士 | 名 | 診療放射線技師 | 名 |
| 准看護師 | 名 | 看護助手 | 名 | ｿｰｼｬﾙ･ﾜｰｶｰ | 名 | 児童指導員 | 名 |
| 生活指導員 | 名 | 介護職員 | 名 | 保育士 | 名 | 事務職員 | 名 |
| 視能訓練士 | 名 | | 名 | | 名 | 総職員数 | 名 |

## 採用条件等

| 採用対象資格・職種 | 募集職種 | 募集人員 |
|---|---|---|
| | 看護師 | |
| | 保健師 | |
| | 助産師 | |
| | **理学療法士(本校)** | |
| | **作業療法士(本校)** | |
| | 言語聴覚士 | |
| | 視能訓練士 | |
| | 診療放射線技師 | |
| | 社会福祉士 | |
| | 精神保健福祉士 | |
| | 介護福祉士 | |
| | 相談･指導員、保育士 | |
| | 診療情報管理士 | |
| | 事務職員 | |
| | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 就業体制 | 平日のみ・土曜出勤あり・日祝出勤あり<br>３交替勤務・２交替勤務・深夜勤あり<br>宿日直あり・他（　） | 就業時間 | （　）時（　）分から<br>（　）時（　）分まで<br>実働（　）時間（　）分 |
| 休日 | 週休２日・４週６休・他（　） | 特別休暇 | 年間（　）日 |
| | 年間休日数　日 | 有給休暇 | 年間（　）日まで |

| 初任給 ( )年度 | 職種の区別 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 基本給 | 円 | 円 | 円 |
| | ( )手当 | 円 | 円 | 円 |
| | ( )手当 | 円 | 円 | 円 |
| | ( )手当 | 円 | 円 | 円 |
| | 合計 | 円 | 円 | 円 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 賞与 | 回／年　カ月／年 | 昇給 | 年　%（　年度実績） |
| 退職金制度 | | 通勤費 | 全額・　円まで |
| 加入保険 | 健康・厚生・労災・雇用 | 住宅 | 有（　）・無 |
| 給食 | 有（　）・無 | ユニフォーム | 有（　）・無 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 既卒採用 | 可　・　不可　職種（　） | 国家試験不合格の場合の身分 | |
| 研修制度 | | | |

## 選考

| | | |
|---|---|---|
| 応募方法 | 学校推薦・自由応募・その他（　） | 受付期間　月　日　～　月　日　・　随時 |
| 提出書類 | 1．履歴書・自己紹介書　2．成績証明書　3．卒業見込証明書　4．健康診断書　5．推薦書　6．その他（　） | |
| 内容 筆記 | あり（英語・常識・教養・専門・作文・論文・その他　）・ なし | |
| 内容 面接 | あり（個別・集団・その他　）・ なし | |
| 内容 その他 | あり（適性検査・健康診断・書類選考・その他　）・ なし | |
| 日程 日時 | 1次　／　（　）　時　分　・　2次　／　（　）　時　分　・　随時 | |
| 日程 場所 | | 交通機関　線　駅よりバス・徒歩　分 |
| 備考 | | |

本校卒業生がおりましたら裏面にご記入下さい。

〒678-0203　兵庫県赤穂市元町5-9　はくほう会医療専門学校赤穂校
ＴＥＬ 0791－45－1117 ／ＦＡＸ 0791－45－1173