

求 人 票

※受付番号

都道府県別()

求人対象	<input type="checkbox"/> PT 求人数	□	名	主な治療対象・時期(チェック欄) <input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 整形 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 中枢 <input type="checkbox"/> 老年期 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期 <input type="checkbox"/> 維持期	※学院受付印
	(チェック欄)(数字欄)				
	<input type="checkbox"/> OT 求人数	□	名	主な治療対象・時期(チェック欄) <input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 整形 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 中枢 <input type="checkbox"/> 老年期 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期 <input type="checkbox"/> 維持期	
	(チェック欄)(数字欄)				

求人者	(ふりがな) 経営母体:	(ふりがな) 代表者名:
	(ふりがな) 施設名:	(ふりがな) 人事担当者名: (部署・職名) ()
	〒 住所:	連絡先電話番号:
	ホームページアドレス:	E-Mail:
	交通:	
	施設の分類(チェック欄): <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設(介護保険関連) <input type="checkbox"/> 在宅(通所・訪問) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 診療所・クリニック <input type="checkbox"/> 施設(自立支援法関連) <input type="checkbox"/> 行政 ()	
	事業内容(診療科目、収容人数等):	ベッド数・病棟施設基準:
	関連事業等:	リハビリテーション施設基準:
	全従業員数: 男 名、女 名、計 名	設立: 明・大・昭・平 年 資本金: 万円
	PT・OT 有資格PT 男 名 有資格OT 男 名 現在の数: 女 名 女 名	その他の理学療法従事者 名 その他の作業療法従事者 名

採用条件	賃金	基本給	円	勤務時間	土曜	時 分から	奨学金制度: 有・無	
		手当	円			時 分まで		交通費: 全額・()円まで
		手当	円					宿舍施設: 有・無
		手当	円					給食: 有・無
		手当	円					退職金制度: 有(勤続 年)・無
		計(税込)	円					加入保険 健康・厚生・雇用・労災 財形・その他
賞与: (前年実績)	年 回・約 月	休日	日曜・祝日: 曜					
昇給:	年 回・ 円 (うち定期昇給分 円)		週休2日制: 有(月 回)・無()					
国家試験発表までの処遇:		有給休暇:						
国家試験発表までの処遇:		国家試験不合格の場合の処遇:						

応募・選考要領	受付期間:	試験場所:
	応募書類: 履歴書・卒業見込証明書・成績証明書・健康診断書	試験日:
	選考方法	補足事項:
筆記: 有(具体的に:)・無		
面接: 有・無		
検査: 適性・身体・()		

(注)太枠内は必ずご記入ください。

八千代リハビリテーション学院