求　　人　　票　（令和　　年　　月　　日作成）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔長崎医療技術専門学校〕

|  |  |
| --- | --- |
| 学校記入欄 | **――** |
|  |  |  | 〒 |
|  |
| 代表者氏名 |  | 電話番号 |  |
|  | 理学療法士 | 作業療法士 | 採用条件・希望・その他 | 担当者氏名 |
|  | 名 |  | 名 |  |  |
|  | 開院年月日 |  | リハビリテーション施設基準 |  |
| 診療科目(該当○印) | 内科・外科・整形外科・脳神経外科・神経内科・心臓血管外科・呼吸器科・循環器科・小児科・精神科・リハビリテーション科・その他 |
|  |  | 床 | 外来患者 |  | 名／日 | リハ対象患者　入院 |  | 名、外来 |  | 名／日 |
|  | 医　師 |  | 名 | 看護師 |  | 名 | 理学療法士 |  | 名 | 作業療法士 |  | 名 |
| 言語聴覚士 |  | 名 | リハビリ助手 |  | 名 | その他の職員 |  | 名 | 合　計 |  | 名 |
|  |  |
|  |  | 本　　俸 | 諸手当 | 合　　計 |
|  | 円 |  | 円 |  | 円 |
| 賞与 | 年 |  | 回、支給額 |  | カ月程度 | 昇給 | 昇給率　年 |  | ％ |  | 円程度 |
|  | 平日　自 | ： | ～至 | 　　： | 休暇 | 週休２日制　有・無、 年休　　　日 |
| 土曜　自 | ： | ～至 | 　　： | その他 |
| その他 |  |
| そ の 他 | 食　　　　　事 |  |
|  |  |
| その他(保険等) |  |
| 学会・研修会出張その他事項 |  |
|  |  |  |  |  |
| 募集期日 |  |
| 採用決定日 |  |
|  |  |
| (該当○印) | 履歴書・卒業見込証明書又は卒業証明書・成績証明書・健康診断書・戸籍抄本・その他(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 求人についての希望、その他補足事項 |  |