

※太枠のみご記入ください

求 人 申 込 票

国際医療福祉大学

採用年月をご記入ください				西 暦		年		月		受付日		受 付 番 号				
事業所概要	ふりがな								代 表 者							
	名 称								役 職							
	氏 名															
	所 在 地		〒						TEL FAX MAIL							
	採用担当者		部署		役職		氏名		TEL							
	勤 務 地		〒						TEL FAX							
	経営母体		国 都道府県 市町村 法人 その他（ ）						設 立 日		西暦 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					
	リハビリテーション施設基準								看護体制							
	主要医療機器															
概 要	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															
要 員 数	医師		名		薬剤師		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	
	臨床検査技師		名		診療放射線技師		名		臨床工学技士		名		心理職		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		視能訓練士		名		事務職員		名		総職員数		名	
採用対象資格・職種	募 集 職 種		募集人員		就 業 体 制		平日のみ・土曜出勤あり・日祝出勤あり 3交替勤務・2交替勤務・深夜勤あり 宿日直あり・他（ ）		就 業 時 間		（ ）時（ ）分から （ ）時（ ）分まで 実働（ ）時間（ ）分					
	薬剤師										休憩（ ）時間（ ）分					
	看護師															
	保健師				休 日		週休2日・4週6休・他（ ）		特別休暇		年間（ ）日					
	理学療法士										有給休暇		初年度（ ）日まで			
	作業療法士										年間休日数		日			
	言語聴覚士				初 任 給 （ 年度 ）		職 種 の 区 別									
	視能訓練士						基 本 給		円		円		円			
	診療放射線技師						（ ） 手 当		円		円		円			
	臨床検査技師						（ ） 手 当		円		円		円			
	社会福祉士						（ ） 手 当		円		円		円			
	精神保健福祉士						固定残業代（ H）		円		円		円			
	介護福祉士								円		円		円			
	相談・指導員								円		円		円			
	保育士						合 計		円		円		円			
診療情報管理士				賞 与			回／年		ヵ月／年		昇 給		年 %（ 年度実績）			
心理職				退職金制度				通 勤 費		全額・		円まで				
医療事務				加 入 保 険		健康・厚生・労災・雇用		住 宅		有（ ）・無						
事務職員				給 食		有（ ）・無		ユニフォーム		有（ ）・無						
等	採用条件		☐ 新卒 ☐ 既卒（卒後 年以内）		国家試験不合格の場合		☐ 採用 ☐ 不採用 ☐ その他（ ）									
	雇用形態		☐ 正職員 ☐ 非正規職員（契約・パート）		研修制度											
	試用期間		☐ 有（期間： 労働条件： ） ☐ なし													
選 考	応募方法		☐ 大学推薦 ☐ 自由応募 ☐ その他（ ）		応募締切		年 月 日（必着・消印有効）・随時									
	提出書類		☐ 履歴書 ☐ 成績証明書 ☐ 卒業見込証明書 ☐ 健康診断書 ☐ 推薦書 ☐ その他（ ）													
	応募書類送付先		〒						TEL							
	選考日程		☐ 一次選考： 年 月 日 ☐ 二次選考： 年 月 日 ☐ 随時 ☐ その他（ ）													
	説明会		年 月 日・随時・なし		交通機関		線		駅よりバス・徒歩 分							
	筆記		☐ 一般常識 ☐ 教養試験 ☐ 専門試験 ☐ 小論文 ☐ その他（ ） ☐ なし													
	面接		☐ 個人 ☐ 集団 ☐ グループディスカッション ☐ その他（ ） ☐ なし													
	その他		☐ 適性検査（SPI・YG・クレペリン） ☐ 健康診断 ☐ 書類選考 ☐ その他（ ） ☐ なし													
備考	* 時間外： ☐ あり 平均（ ）時間／月 ☐ なし															
	* 固定残業時間を超過した場合は、別途支給															

求人申込票の送付先・問い合わせ先は、裏面をご覧ください。本学卒業生が在籍してありましたら裏面にご記入ください。

[illegible]

〒831-8501 福岡県大川市榎津137-1 TEL 0944-89-2031/FAX 0944-89-2148