

※募集する資格にチェックを入れて下さい

令和5年採用求人票

理学療法士

作業療法士

令和 年 月 日 作成

ふりがな 名称			代表者	役職			
				氏名			
所在地 <small>※都道府県から記載してください</small>	〒		設立	年 月 日			
事業内容		業種		資本金	万円		
書類提出先	〒		従業員数	<input type="checkbox"/> 50人以下	<input type="checkbox"/> 300人以上		
				<input type="checkbox"/> 100人以下	<input type="checkbox"/> 500人以上		
採用担当者	役職名	氏名	リハ職の有資格者の在籍者数	<input type="checkbox"/> 理学療法士	名		
	TEL	-		<input type="checkbox"/> 作業療法士	名		
	E-mail	@		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	名		
ホームページ	(URL)		初任給	令和 年 月			
診療科目 <small>※該当する箇所にチェックをお願いします</small>	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	基本給	円 ※3年制専門学校卒の場合		
	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	資格手当	円		
	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	住宅手当	円		
	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科		その他	円 ※交通費等		
	<input type="checkbox"/> その他:			合計	円		
病床数及び定床数	()床		扶養手当	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
			時間外手当	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
施設基準 <small>※該当する箇所にチェックをお願いします</small>	<input type="checkbox"/> 脳血管Ⅰ	<input type="checkbox"/> 脳血管Ⅱ	給与支給日	毎月 日に支給			
	<input type="checkbox"/> 脳血管Ⅲ		通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額支給			
	<input type="checkbox"/> 運動器Ⅰ	<input type="checkbox"/> 運動器Ⅱ		<input type="checkbox"/> 定額(上限 円まで)			
	<input type="checkbox"/> 心大血管Ⅰ	<input type="checkbox"/> 心大血管Ⅱ		<input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 呼吸器Ⅰ	<input type="checkbox"/> 呼吸器Ⅱ		昇給	年 回 (初年度 円くらい昇給)		
<input type="checkbox"/> 精神科作業療法	<input type="checkbox"/> 精神科デイケア		賞与	年 回 ヶ月分			
<input type="checkbox"/> がんリハビリテーション			社会保険	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 厚生		
<input type="checkbox"/> 障害児(者)リハ				<input type="checkbox"/> 雇用	<input type="checkbox"/> 労災		
<input type="checkbox"/> その他:			<input type="checkbox"/> その他				
採用人員および条件	<input type="checkbox"/> 理学療法士 名	<input type="checkbox"/> 学校推薦(依頼) 名	研修制度	<input type="checkbox"/> 国内研修	<input type="checkbox"/> 学会出張		
	<input type="checkbox"/> 作業療法士 名	<input type="checkbox"/> 自由応募		<input type="checkbox"/> 院内プログラム			
<input type="checkbox"/> その他:			<input type="checkbox"/> その他				
勤務時間	平日	午前 時 分 ~ 午後 時 分	勤務条件	<input type="checkbox"/> その他			
	土曜日	午前 時 分 ~ 午後 時 分		<input type="checkbox"/> 自宅勤務に限る(通勤約 分以内)			
	シフト制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 自宅又は親戚宅に限る			
日曜出勤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他	<input type="checkbox"/> 自宅外(下宿等)通勤可				
休日	<input type="checkbox"/> 日曜	<input type="checkbox"/> 祝日	<input type="checkbox"/> その他				
採用試験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		提出書類	<input type="checkbox"/> 履歴書	<input type="checkbox"/> 成績証明書		
	日時	令和 年 月 日 () 時 分		<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書			
採用試験 <small>※複数回ある場合はご記載ください</small>	会場		提出方法	<input type="checkbox"/> 健康診断書(か月以内に発行されたもの)			
	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 推薦書			
	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> その他:			
	計()回実施			<input type="checkbox"/> 学校一括で送付			
試験の方法	<input type="checkbox"/> 対面	<input type="checkbox"/> オンライン	勤務予定地	<input type="checkbox"/> 個別・郵送			
試験会場	住所	電話番号		<input type="checkbox"/> 郵送・持参いずれも可			
選考方法	<input type="checkbox"/> 書類選考	<input type="checkbox"/> 筆記(常識)	当学院出身者の在籍	<input type="checkbox"/> 郵送・持参いずれも可			
	<input type="checkbox"/> 適性検査	<input type="checkbox"/> 筆記(作文)		<input type="checkbox"/> その他:			
<input type="checkbox"/> 面接(集団)	<input type="checkbox"/> 面接(個人)			卒業年	氏名	職種	
<input type="checkbox"/> その他()				令和 年卒		選択	
通知先	<input type="checkbox"/> 学校	<input type="checkbox"/> 本人	令和 年卒		選択		
通知方法	<input type="checkbox"/> 文書	<input type="checkbox"/> 電話	令和 年卒		選択		
携行品	<input type="checkbox"/> 筆記用具	<input type="checkbox"/> 印鑑	<input type="checkbox"/> 昼食	令和 年卒		選択	
	<input type="checkbox"/> その他						
学校用備考欄							