

求人票

受付年月日	受付求人番号
年 月 日	

求人者	フリガナ		フリガナ	
	事業所名		代表者名	
	所在地	(〒 -)	TEL () -	設立 大・昭・平 年 全従業員数 計 人 男 人 女 人
	書類提出先		採用担当者・連絡先	
	事業内容		氏名	
		電話	()	
		FAX	()	
		Eメール		
		ホームページ	http://	

求人内容	(職種)	看護学生 (准看護師資格有)	(求人数)	人	(雇用の期間の定め)	無・有 ()
	(職務内容)				(必要とする履修学科・資格等)	
	就業場所	(〒 -)				

勤務条件	賃金	基本給	円	勤務時間	交替制	有・無	(略図)
		手当	円		時 分 ~ 時 分		
		手当	円		時 分 ~ 時 分		
		手当	円		曜日		
		合計(税込)	〇 円		時 分 ~ 時 分		
		試用期間	円 間		休憩時間	分	
		期間 力月	変形労働時間制	有・無			
			残業 月平均	時間			
	休日	日曜・祝日・土曜・ 曜日 年間休日数 日	通勤手当	全額・定額 (円まで)・無			
	加入保険等	健康・厚生・雇用・労災・財形・その他 ()	賞与	年 回・計 力月分			
宿舍施設	入居可・否	労働組合	有・無				
		昇給	年 回・計 円 (うち定期昇給分 円)				

応募・選考要領	説明会	日時	別途通知 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ④ 月 日
		場所	別途通知 ① ② ③ ④
	応募書類	履歴書・卒業見込証明書・成績証明書 その他 ()	選考
	受付期間	月 日 ~ 月 日 月 日 以降・随時	
	受付方法	電話・メール・ホームページ・郵送・その他	日時
選考方法	筆記 有 (専門・常識・英語・作文) 無 面接 有・無 検査 適性・その他 ()	場所	

補足事項		大垣市医師会看護専門学校 受付印

注1 受付日から6カ月間のみ掲載
 注2 掲載内容の変更や求人が充足したときは速やかにお知らせください
 大垣市医師会看護専門学校 FAX : 0584-73-7995 / MAIL : ogaki-kanjim@ogaki.gifu.med.or.jp