

# 求人票（雇用期間の定めあり）

年 月 日

求人先	フリガナ		設立年		年					
	事業所		設置法人							
	所在地		〒		TEL ( )	FAX ( )				
	代表者名		ホームページ							
	事業内容									
	提出先		〒		TEL ( )	FAX ( )				
	担当者		(部課)		(役職)	(氏名)				
	職員数 内訳		看護師	人	保健師	人	助産師	人	介護職員	人
			相談員	人	PSW	人	保育教諭	人	幼稚園教諭	人
			保育士	人	PT	人	OT	人	ST	人
事務職員			人	その他	人			計	人	
受動喫煙防止措置		有( )・無								
採用条件	募集職種 求人数		看護師	保健師	助産師	介護職員	相談員	PSW	保育教諭	
			人	人	人	人	人	人	人	
			幼稚園教諭	保育士	PT	OT	ST	その他	人	
	業務内容		(雇入れ直後)		(変更の範囲)					
	勤務予定地		(雇入れ直後)		(変更の範囲)					
	雇用期間		年 月 日		～	年 月 日				
	雇用形態		契約の更新		無・有(判断の基準: )		試用期間	有( か月)・無		
			更新の上限		無・有(通算契約期間の上限		年/更新回数(上限		回)	
	初任給	職種					特記事項(必要な免許・資格)			
		基本給	円	円	円	円				
		手当	円	円	円	円				
		手当	円	円	円	円				
		合計	円	円	円	円				
	賞与	年 回( ヶ月)		昇給						
	通勤手当			加入保険	健康・厚生・雇用・労災・その他					
勤務体制			勤務時間	: ~ : (休憩 分)						
休日				: ~ : (休憩 分)						
休暇				: ~ : (休憩 分)						
宿舍設備	有(月 円)・無	労働組合	有・無	時間外	有(月平均 時間)・無					
応募・選考要領	説明会の予定									
	応募方法									
	応募書類		履歴書・成績証明書・卒業見込証明書・その他( )							
	応募期間									
	選考日時場所									
	選考方法									
	障害者採用		既卒者採用		有・無					
備考	※労働条件等について補足すべき事項を記入してください									