|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 求　人　票 | | | | | | | | | | ・会社案内等ございましたらご同封下さい。  ・該当事項には○印をお願いします。 | | | | | | | | ※ | 受 付 日 | | 平成　　年　　月　　日（ 来・郵 ） | | | | | | |
| 受付番号 | |  | | | 会社案内 | | | 有・無 |
| ※御法人所定の求人募集要項用紙を同封いただければ当校指定の求人票は、ご記入されなくても結構です。 | 法　人　概　要 | ふりがな |  | | | | | | | | | | 所在地 | | | (〒　　　　　　　　) | | | | | | | ☎　　　　(　　　 ) | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 代　表　者  明治  昭和    平成    大正 | | | 設 立 年 | | | 資 本 金  年間売上高 | 億 万円  億 万円 | | | | 書　類  提出先 | | | (〒　　　　　　　　)  (　　　　　)駅より バス・徒歩　　　分 | | | | | | | ☎　　　　(　　　 ) | | | | | |
|  | | | 年 | | |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL | http:// | | | | | | | | | | 従業員  (本校卒業生) | | | 人 | | 男　　　人 | | | 採　用  担当者 | | 部　　　　　課  ふりがな  氏　名  ☎　　　　(　　　 ) | | | | | |
| 事業内容 |  | | | | | | | | | |
| 女　　　人 | | |
| 採　　用　　条　　件 | 学　　科 | 1.学科不問　　　2.福祉介護系　　　3.医療事務系 | | | | | | | | | | ( 有・無 ) | |
| 年　　制 | 1.二年制　　　　2.四年制 | | | | | | | | | 勤　　　務　　　条　　　件 | 勤務時間 | 平日 | | :　　～　　: | | | | 給与　（平成　　　年度実績） | 職種別  内訳 | | (　　歳) | | | | (　　歳) | |
| 職種 |  | | | |  | | | | |
| 雇用形態 |  | | | |  | | | | | 土曜  ( ) | | :　　～　　: | | | | 基本給  (初任給) | | 円 | | | | 円 | |
| 仕事内容 |  | | | |  | | | | | 月平均残業時間 | | | 時間 | | | 手当 | | 円 | | | | 円 | |
| 休　　日 | | | 日曜・祝日・(　　)曜 | | | | 手当 | | 円 | | | | 円 | |
| 求　人　数 | 人 | | | | 人 | | | | | (週休2日制) | | | (完全・隔週・月　 回) | | | |
| 勤務予定地 |  | | | |  | | | | | 加入保険 | | | 健康・厚生・雇用  労災・他(　　　　　　) | | | | 合　計  (税　込) | | 円 | | | | 円 | |
| 勤務開始日 |  | | | |  | | | | | 退職金制度 | | | 有(最低　　年勤続)  無 | | | | 交通費 | | 全額・定額　(　　　　　円) | | | | | |
| 必要とする条件  (資格、通勤範囲等) | | 自宅外通勤(可・不可) | | | | | | | |
| 寮施設 | | | 有(　　　　　　 円/月)  無(アパート代補助 有・無) | | | | 賞　与 | | 年　　　回　　約　　　ヶ月 | | | | | |
| 採　用　試　験 | 選抜方法 | 1.書類選考　　 2.面　接　　 3.作　文　　 4.適性検査  5.筆記〔常識・教養・専門(　　　　　　　　　　　　　 )〕  6.その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | | | | | | | | | 提出書類 | | 1. 履歴書  2. 成績証明書  3. 卒業見込証明書  4. 健康診断書  5. その他  　(　　　　　　　 ) | | | | | 法人説明会 | 月　　日（　）  時　　分～ | | | 法人訪問 | | 1.可（要予約）  2.不可 | | |
| 月　　日（　）  時　　分～ | | | 訪問可能時期  　/　～　/ | | |
| 応募方法 | 1.自由応募　　　2.学校応募 | | | | | | | | | |
| 応募締切日 | 月　　日まで | | | 月　　日まで | | | | 随　時 | | | その他特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 試　験　日 | 月　　日（　　）  　　時　　分　～ | | | 月　　日（　　）  　　時　　分　～ | | | | 専門学校　新潟医療福祉カレッジ  〒950-0911　新潟市中央区笹口2-9-41　TEL 025(242)3133　FAX 025(242)3112 | | | | | | | | | | | | | | | |