

求 人 票 (令和 年 月 日作成)

〔長崎医療技術専門学校〕

		学校記入欄		_____					
施設名称				所在地	〒				
代表者氏名				電話番号					
採用予定 人 員	理学療法士	作業療法士	採用条件・希望・その他		担当者氏名				
	名	名							
施設 概 要	開院年月日			リハビリテーション施設基準					
	診療科目 (該当○印)	内科・外科・整形外科・脳神経外科・神経内科・心臓血管外科・呼吸器科・循環器科・ 小児科・精神科・リハビリテーション科・その他							
	病床数	床	外来患者	名/日	リハ対象患者 入院	名、外来	名/日		
	職員数	医 師	名	看護師	名	理学療法士	名	作業療法士	名
		言語聴覚士	名	リハビリ助手	名	その他の職員	名	合 計	名
参考事項									
採用 条 件 ・ そ の 他	給与手当	本 俸	諸 手 当		合 計				
		円	円		円				
		賞与	年	回、支給額	カ月程度	昇給	昇給率 年	% 円程度	
	勤務時間	平日	自	:	~至	:	休 暇	週休2日制 有・無、年休 日	
		土曜	自	:	~至	:		その他	
		その他							
	福利厚生 その他	食 事							
		職員住宅・寮							
		その他(保険等)							
	学会・研修会出張その他事項								
採用試験	試験日				選 考 方 法				
	募集期日								
	試験場						採用決定日		
提出書類 (該当○印)	履歴書 卒業見込証明書又は卒業証明書・成績証明書・健康診断書・戸籍抄本・ その他()								
求人についての希望、その他補足事項									