

■募集要項

紹介期間 ※登録日から6ヶ月間

業 種	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 卸販売 <input type="checkbox"/> その他 ※いずれかを選択		雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 臨時
ふりがな 就業先 事業所名	-----			
就業先 所在地	〒 -			
	TEL :	FAX :		
住 宅	単身用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 世帯用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	マイカー通勤	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
担当者氏名			課係名	
担当者連絡先	TEL :	FAX :	E-mail :	
仕事内容				
雇用人数/期間	常勤: 名 / 非常勤: 名 / 臨時: 名 ※1~10、若干			
	雇用期間:			
	試用期間: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / 試用期間: 日・ヶ月 試用期間の業務内容:			
就業時間	交替制: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ① 時 分 ~ 時 分 備考 () ② 時 分 ~ 時 分 備考 () ③ 時 分 ~ 時 分 備考 ()			
時間外	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月平均 () 時間	休憩時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 分 <input type="checkbox"/> シフトによる	
休 日	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他 ()			
年間休日	日	月平均労働日数	日	
基本給	① <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他 ※いずれかを選択。金額欄は数字のみをご記入ください。			
	円 ~ 円 備考 ()			
定額的に 支払われる手当 その他の手当等 付記事項	② <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他 ※いずれかを選択。金額欄は数字のみをご記入ください。			
	円 ~ 円 備考 ()			
通勤手当				
加入保険	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 無し	退職金制度		
賃金締切日			賃金支払日	
昇給(前年度実績)				
賞与(前年度実績)				
年 収	円 ~		円	
就業の場所における受 動喫煙を防止するた めの措置に関する事項	<input type="checkbox"/> 屋内禁煙 <input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> その他 ()			

■会社情報

ふりがな 事業所名			
事業所 所在地	〒 -		
	TEL :	FAX :	
	E-mail :	URL :	
従業員数	当事業所 人	代表者氏名	
	企業全体 人		
	薬剤師 人		

■応募方法

選考方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 書類 日 時 : 場 所 : その他 :		
携行品		採否決定	
就業場所の交通手段			

■一覧用

備 考	
-----	--

※太枠内をご記入ください。

※登録の有効期間は6カ月です。継続する場合は、期間満了月内にご連絡ください。