受付番号

求　人　票

一般社団法人北海道薬剤師会

紹介期限　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日

ふりがな 事業所名					
所在地	〒　　-				
TEL／FAX／e-mail	TEL　　FAX　　e-mail				
従業員数	当事業所　　人　企業全体　　人 薬剤師　　人	代表者氏名			
住宅	単身用　□あり（入居□可　□否）　□なし 世帯用　□あり（入居□可　□否）　□なし	マイカー通勤	□可　□否		
担当 氏名		課係名			
担当 連絡先	TEL　　FAX　　e-mail				
就業先 ふりがな 事業所名					
就業先 所在地	〒　　ー				
就業先 TEL／FAX	TEL　　FAX				
仕事内容					
雇用期間	□常勤　（　　名）□非常勤(パート)（　　名）　□臨時　（　　名） 雇用期間(平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日)				
就業時間	交替制　□あり　□なし ①　　時　　分～　　時　　分（　　） ②　　時　　分～　　時　　分（　　） ③　　時　　分～　　時　　分（　　）				
時間外	月平均　　時間	休憩時間	分		
休日 休日	□日　□月　□火　□水　□木　□金　□土　□祝日　□その他（　　）				
休日 週休二日制	□毎週　□隔週　□なし　□その他（　　）	年間休日	日		
賃金形態	□月　□日　□時間　□その他（　　）	月平均労働日数	日		
毎月の賃金(税込) 基本給(月額)	円～　　円（時給・日給　　円）				
毎月の賃金(税込) 定期的に支払われる手当て	手当　　円 手当　　円 手当　　円	その他の手当等付記事項			
毎月の賃金(税込) 基本給＋手当	円～　　円				
毎月の賃金(税込) 通勤手当	□全額　□定額(最高　　円まで)　□なし				
加入保険	□健康　□厚生　□労災　□雇用	退職金制度	□あり　□なし		
賃金締切日	毎月　　日　□月末	賃金支払日	毎月　　日　□月末		
昇給(前年度実績)	円～　　円				
賞与(前年度実績)	年　　回　計　　カ月または　　円～　　円				
年収	円～　　円				

選考	□面接選考 （日時 場所　　） □書類選考　□その他（　　）		就業場所までの略図
選考 携行品	□履歴書　□印鑑　□その他（　　）		
選考 採否決定	□即　決　□　　日後		（　　）線（　　）駅　・バス停より徒歩　　分

※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。