

■募集要項

紹介期間 ※登録日から6ヶ月間

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|---------|---------------|--|--|
| 業 種 ※必須 | <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 ※必須 | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 臨時 ※複数選択可 | |
| ふりがな ※必須(ひらがな) 就業先 事業所名 ※必須 | | | | | |
| 就業先 所在地 ※必須 | 〒 - | | | | |
| | TEL ※必須 | | FAX | | |
| 住 宅 ※必須 | 単身用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※いずれかを選択 世帯用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※いずれかを選択 | | マイカー通勤 ※必須 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ※いずれかを選択 | |
| 担当者氏名 ※必須 | | | 課係名 | | |
| 担当者連絡先 | TEL ※必須 | | FAX | | |
| | E-mail ※必須 | | | | |
| 仕事内容 ※必須 | | | | | |
| 雇用人数/期間 ※必須 | 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 ※必須 | 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 ※必須 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月平均 () 時間 | | 休憩時間 ※必須 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 分 <input type="checkbox"/> シフトによる | |
| 休 日 ※必須 | <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 ※必須 | 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 () 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 () | | | | |
| 定額的に支払われる手当 ※必須 | | | | | |
| その他の手当等付記事項 | | | | | |
| 通勤手当 ※必須 | | | | | |
| 加入保険 ※必須 | <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) ※必須 | | | | | |
| 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 ※必須 | <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 ※必須(ひらがな) | | | |
| 事業所名 ※必須 | | | |
| 事業所 所在地 ※必須 | 〒 - | | |
| 事業所 連絡先 | TEL ※必須 | | FAX |
| | E-mail | | URL |
| 従業員数 | 当事業所 | 人 | 代表者氏名 ※必須 |
| | 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。