

理学療法士 求人票

受付No. _____

求 人 者	ふりがな		ふりがな		
	施設名		代表者		
	所在地	〒	設立		
			電話		
			F A X		
			U R L		
	交通機関		E - mail		
	診療科目		病床数	床	
			従業員数	名	
			理学療法士数	男	名
女				名	
		本校出身者	名		
理学療法 施設基準					
採 用 条 件	職 種		初 任 給		
	求 人 数		基 本 給		
	勤 務 地		手 当		
	勤務時間		手 当		
	残 業		手 当		
	休 日	日曜・祝日・ 曜	回/月	計	
		その他:		賞 与	年 回 約 ヶ月
	宿 舎	有・無 (寮費 円)	昇 給	年 回 約 %	
	福利厚生		交 通 費		
退職金制度		そ の 他			
応 募 ・ 選 考	応募資格				
	提出書類				
	選考方法				
	応募締切	平成 年 月 日	・ 随 時		
	試 験 日	平成 年 月 日	・ 随 時		
	採用担当				
備 考	提出先	〒			