

平成29年度

求 人 票

理学療法士

作業療法士

求人者	(ふりがな) 法人名	-----		(ふりがな) 代表者名	-----	
	(ふりがな) 施設名	-----		(ふりがな) 求人担当名	-----	
	住所	〒				
	電話番号			FAX番号		
	職員数	PT <input type="checkbox"/>	OT <input type="checkbox"/>	全職員数 <input type="checkbox"/>	病床数	床
	HPアドレス				その他	

求人	PT 求人数	<input type="text"/>	主な治療対象(チェック項目)			
			<input type="checkbox"/> 総合	<input type="checkbox"/> 整形	<input type="checkbox"/> 小児	<input type="checkbox"/> 他
			<input type="checkbox"/> 中枢	<input type="checkbox"/> 老年期	<input type="checkbox"/> 在宅訪問	
			<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期	<input type="checkbox"/> 維持期	
OT 求人数	<input type="text"/>	主な治療対象(チェック項目)				
			<input type="checkbox"/> 総合	<input type="checkbox"/> 整形	<input type="checkbox"/> 小児	<input type="checkbox"/> 精神
			<input type="checkbox"/> 中枢	<input type="checkbox"/> 老年期	<input type="checkbox"/> 在宅訪問	<input type="checkbox"/> 他
			<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期	<input type="checkbox"/> 維持期	

採用条件	基本給	円	賞与	年 <input type="text"/> 回 約 <input type="text"/> ヶ月
	職務手当	円	昇給	年 <input type="text"/> 回
	調整手当	円	退職金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	皆勤手当	円	交通費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		円		<input type="checkbox"/> 全額 <input type="text"/> 円まで
		円	加入保健	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 雇用
	合計(税込)	円		<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 財形 <input type="checkbox"/> その他
	勤務時間	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分から <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分まで その他: <input type="text"/>	休日	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 土曜 その他: <input type="text"/>
補足事項	宿舎施設 <input type="checkbox"/> 有 家賃 <input type="text"/> 円 <input type="checkbox"/> 無			

応募・選考要領	受付期間	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで	応募書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 卒業見込み証明書 <input type="checkbox"/> 健康診断書 <input type="checkbox"/> 成績証明書
	試験場所		選考方法	<input type="checkbox"/> 筆記 <input type="checkbox"/> 身体検査
	試験日			<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 適正検査
	補足事項			

管理番号	<input type="text"/>
------	----------------------

学校法人福岡保健学院 福岡和白リハビリテーション学院