

介護施設

●必要事項を記入または○印で囲み、メール、FAX、郵送で送付ください。

(ふりがな)										
事業所名 (施設名)										
(ふりがな)					担当者	課係名				
代表者名 (施設長名)						氏名				
所在地	〒()									
	(町名まで記入)		市 区							
	(番地以降を記入)									
	TEL						FAX			
	最寄りの交通手段						自家用車		可 ・ 不可	
職種										
必要資格										
業務内容										
期間	1 雇用期間の定めなし									
	2 令和 年 月 日～ 令和 年 月 日									
求人数	人		就業規則 有 ・ 無							
賃 金	1 基本賃金 a 基本給 b 日給 c 時給 ()円									
	2 諸手当 イ()手当 () 円									
	ロ()手当 () 円									
	ハ()手当 () 円									
	3 経験年数の加味 有 ・ 無									
	4 給与支払日 毎月 日									
	5 昇 給 有 ・ 無 【 年()回 () 円 】									
	6 賞 与 有 ・ 無 【 年()回 ()ヶ月分】									
7 退職金 有 ・ 無 【 】										
8 交 通 費 イ 全 額 ロ () まで										
就業時間	1 : ～ :				試用 期間	1 有 ・ 無				
	2 週 ()時間勤務					2 その期間()ヶ月				
	3 残業 有 (月平均 時間) ・ 無					3 賃 金 () 円				
休 日	1 日 曜 祝日									
	2 その他 ()									
加入保険	1 健康保険				有給 休暇	1 6ヶ月間継続勤務した場合				
	2 年 金					a 法令付与分				
	3 雇用・労災保険					b (法令付与分を上回る 日)				
	4 その他()					2 継続6ヶ月以内の年次有給休暇				
受動喫煙対策	1 有 (事務所内禁煙) 2 無									
アピール ポイント										
応募書類			選考方法				応募締切			
備考										

□ 私どもは、この求人申込みの時点において、職業安定法に規定する求人不受理の対象に該当いたしません。

(事務局使用欄)

受付日	令和 年 月 日	受付者	
求人番号		紹介期限	