

求人票
(兼 就業条件明示書)

(どちらかを選択してください)

介護施設

●必要事項を記入、色付セルはドロップダウンリストから選択し、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			
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	
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 □ ()まで				
就業時間	1 : ~ :			試用 期間	1
	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				有給 休暇
	2 その他 ()				
加入保険	1 健康保険				1 6ヶ月間継続勤務した場合 a 法令付与分 b (法令付与分を上回る 日) 2 継続6ヶ月以内の年次有給休暇 有 無 か月で 日)
	2 年金				
	3 雇用・労災保険				
	4 その他()				
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	