

年 月 日

求人者No.	
有効期限	

登録希望期間	受付日より	ヶ月
--------	-------	----

(最長6ヶ月とさせていただきます)

(この欄は記入しないで下さい)

求人票

長崎県薬剤師会 薬剤師無料職業紹介所

求人者		事業内容	
ふりがな 事業所名		設 立	M:T:S:H 年 月
所 在 地	〒	資 本 金	万円
		代 表 者	
TEL	() -	従業員数	男 人・女 人・計 人
FAX	() -	加入保険	
担当者名		事業内容	
(TEL)	() -		

求人内容			
職 種		職務内容	
勤務先		求人数	男 人・女 人・計 人
最寄り駅からの交通	線	駅より	分
勤務時間	時 分 時 分：(特定日)		時 分～ 時 分
勤務形態	常勤・パート・アルバイト	休 日	日・祝・曜日
週休2日制	有・無		<交替制>
賃 金	基本給	円	交 通 費 円
	(時給)	円	賞 与 年 回 約 ヶ月分
	手当	円	そ の 他 () 円
	合 計	円	

求人者より	