

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ください)

## 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	
事業所名		設 立	M T S H 年 月
		資 本 金	万円
所在地	〒	代 表 者	
		従 業 員 数	男 人・女 人・計 人
T E L	( ) -	加入保険	
F A X	( ) -		
担当者名 (TEL)		事業内容	
求 人 内 容			
職 種		職務内容	
勤務地		求 人 数	人
最寄駅からの交通	線 駅より 分		
勤務時間	時 分～ 時 分 (特定日)		時 分～ 時 分
	休憩時間 分		残業 有 無
勤務形態	常 勤 ・ パ ー ト ・ ア ル バ イ ト		休 日 日 ・ 祝 日 ・ 曜 日
週休2日制	有 ・ 無		〈交替制〉 週 休
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			