

年 月 日

求人者No.	
有効期限	

登録希望期間	受付日より 月 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

一般社団法人 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	在宅訪問 有・無
勤務地		求 人 数	常勤 人 パート・アルバイト 人

最寄駅(バス停)からの交通

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〉
契約期間	有 ・ 無			
試用期間の有無 及び期間	有 (期間:) ・ 無		試用期間中の賃金	
賃 金	基本給	円	交通費	円
	(時給)	円	賞 与	年 回 約 月 分
	手 当	円	そ の 他	() 円
	合 計	円		() 円

求 人 者 よ り

--	--	--	--	--