

求人申込日 年 月 日

| | |
|--------|--|
| 求人者No. | |
| 有効期限 | |

| | |
|--------|---------|
| 登録希望期間 | 受付日より 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 R 年 月 |
| | | 資本金 | |
| 所在地 | 〒 | 代 表 者 | |
| | | 従業員数 | 男 人・女 人・計 人 |
| TEL | () - | 加入保険 | |
| FAX | () - | | |
| メール | | | |
| 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 | 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 | | 休 日 日 ・ 祝日 ・ 曜日 |
| 週休2日制 | 有 ・ 無 | | 〈交替制〉 週 休 |
| 雇用期間 | 有 ・ 無 (有の場合:契約期間) | | |
| 試用期間の有無 及び期間 | 有 (期間:) ・ 無 | | 試用期間中の賃金 |
| 就業場所における受動喫煙を 防止するための措置 | | 有 ・ 無 有の場合: (敷地内禁煙 ・ 屋外喫煙場所の設置) | |
| 賃 金 | 基本給 | 円 | 交通費 円 |
| | (時給) | 円 | 賞 与 年 約 月分 |
| | 手 当 | 円 | その他 () 円 |
| | 合 計 | 円 | |
| 求 人 者 よ り | | | |
| | | | |