

# 求人申込書

医療機関用

【 薬剤師 】

厚生労働大臣許可 (株)医療人材センター

令和 年 月 日

医療機関 名称		診療科目			
		職員数	名	ベッド数	床
所在地	〒 _____ ☎ _____				
F A X			URL		
代表者	( 役職 )		担当者	( 役職 )	

\* 求人概要 \*

就業場所					
職 種			採用人数	人	募集理由
仕事内容					
変更の範囲	業務の変更範囲：有( )・無				
雇用形態	正社員・それ以外( )		試用期間	有(ヶ月)・無	
雇用期間	雇用の定め：無・有( )		条件( )		
年 令	不問 才～ 才迄		年齢制限理由( )		
転勤の可能性	あり・なし		処方	院内	院外
	( )		入院患者への服薬指導		有 無
経 験 等	年以上 不問 その他( )		処方箋枚数	1日 約 枚	
現薬剤師数	常勤(名) パート(名)		受動喫煙対策：有( )・無		

\* 給与条件 \*

該当項目のみご記入下さい。

月給制	～	円	諸 手 当 等	手当	円	
日給制	～	日		×	手当	円
時給制	～	日		×	手当	円
その他	～	日		×	手当	円
税込年収	～	円	条件等			
固定残業代	有(円～円) 無(特記事項：)					
職員寮	有(本人負担額 円)		無			
託児所	有(本人負担額 円)		無			
職員駐車場	有(本人負担額 円)		無			
通勤手当	有 無 定額(円迄)					
賃金締切 毎月 日	賃金支払 毎月 日	退職金制度		無 有 年以上		
定期昇給 年 回	円位	賞与(昨年実績)		年 回 ヶ月分		

\* 勤務条件 \*

就業時間	時 分～ 時 分	休 日	
	時 分～ 時 分	週休二日制( ) 月( )休	
	時 分～ 時 分	<その他の場合>	
	時 分～ 時 分	( )	
休憩時間	分	時間外	月平均 時間 ( )
加入保険	雇用	労災	健保 厚生 退共 基金
定 年 制	有 一律 才・無		再雇用制度 有(才迄)・無
育児休業取得実績：		介護休業取得実績：	
看護休暇取得実績：			

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しません。(✓記入して下さい)

\* 特記事項は下の余白にお書き下さい。