

求人申込書

調剤薬局用

【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

名称			処方箋科目	
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				
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()		
処方箋枚数	1日約 枚	受動喫煙対策：有()・無		
経験等	年以上 不問 その他()	転勤可能性	あり・なし	
現薬剤師数	常勤(名) パート(名)			

* 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	～	円		手当	円
時給制	～	円		手当	円
その他	～	円		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：	
<input type="checkbox"/> 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。