|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **求　　　人　　　票** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※  「お願い」　　①必要事項に○印をお願いします。　②参考資料をあわせてお送り下さい。 | | | | | | | |
| 施　　　　設　　　　概　　　　況 |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | 役職　　　氏名 | | | | | | | | | | | |
|  | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　TEL　（　　　　　）　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　（　　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 書　類　提出先 | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 TEL　（　　　　　）　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX　（　　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者 | | | 役職　　　　氏名  　　　　　　（内線　　　　） | | | | | | | | |  | | | | | | 役職　　　　氏名  　　　　　　　　　（内線　　　　） | | | | | | | | | | |
| 診　療　科　目 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職員数 | | | 医　師　　名  リハ医　　名  看護婦　　名  その他  （　　）　名 | | | | 計  名 | 理学療法士　　名  男　　　　名  女　　　　名 | | | 作業療法士　　名  男　　　　名  女　　　　名 | | | | | | 言語聴覚士　　名  男　　　　名  女　　　　名 | | | | | | | 病床数 | | 患者数  （一日平均） | | リハ治療を要する　　　患者数（一日平均） |
| 床 | | 入院　　　名  外来　　　名 | | 入院　　　名  外来　　　名 |
| リハビリテーション室 | | | | | | | 理学療法　既　設　　　　　　　　　　　　　㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 作業療法　既　設　　　　　　　　　　　　　㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言語療法　既　設　　　　　　　　　　　　　㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 求　　　人　　　申　　　込　　　書 | 求人数 | | | 理 学 療 法 士 | | | | | | 男　　　　　　　　名 | | | | | | | 女　　　　　　　名 | | | | | | | | | | | 不問　　　　　　　名 | |
| 作 業 療 法 士 | | | | | | 男　　　　　　　　名 | | | | | | | 女　　　　　　　名 | | | | | | | | | | | 不問　　　　　　　名 | |
| 言 語 聴 覚 士 | | | | | | 男　　　　　　　　名 | | | | | | | 女　　　　　　　名 | | | | | | | | | | | 不問　　　　　　　名 | |
| 給　与　等 | 資 格 取 得 前 | | | | | | | | | 資 格 取 得 後 | | | | | | | | | | | | 交通費 | | | | | 全額 ・　　　　円まで | |
| 職位号棒 | | | | |  | | | | 職位号棒 | | | |  | | | | | | | | 入　　寮 | | | | | 可　・　否 | |
| 基本給 | | | | |  | | | | 基本給 | | | |  | | | | | | | | 社会保険 | | | | | 健康・厚生・雇用・労災 | |
| あああ手当 | | | | |  | | | | 職務手当 | | | |  | | | | | | | | 勤務時間 | | | 時　　 分～ 　　時 　　分  土曜日　　　　時　　　　分まで | | | |
| あああ手当 | | | | |  | | | | あああ手当 | | | |  | | | | | | | |
| あああ手当 | | | | |  | | | | あああ手当 | | | |  | | | | | | | | 休日 | | | 日曜・祝日　　　曜 ・　　　回  週休2日　有 ・ 無　月　　　回 | | | |
| 賞与等 | | | | |  | | | | 賞与等 | | | |  | | | | | | | |
| 定昇・その他 | | | | | 定　昇　　　　　　　年　　　　　回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿舎等　　・ 有（月　　　円） ・ 下宿等の利用（月　　　円） ・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 職員給食 | | | | ・ 有（1日　　　　円） ・ 無 | | | | | |
| 応募・選考要領 | | 応募　　書類 | | 1. 履歴書　　　2. 卒業見込証明書  3. 成績証明書　　　4. 健康診断書  5. 推薦書　　　6. その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | 選　　考 | | | | 日　時 | 別途　通知 | | | 月　　日　午前・後　　時　　分  月　　日　午前・後　　時　　分 | | | | | |
| 締切　　月日 | | 1次 | 月　　　日　2次　　　月　　　日 | | | | | | | | | | 場 所 |  | | | | | | | | |
| 選考　　方法 | | 筆記 | 専門 ・ 常識 ・ 英語 ・ 作文 ・ 無 | | | | | | | | | |
| 面接 | 有・無　　検査 ：適性・身体・その他（　　　　） | | | | | | | | | | 携行品 | | | | | 印鑑 ・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 補 足 事 項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

高知リハビリテーション学院　就職情報室

〒781-1102　高知県土佐市高岡町乙1139-3　 TEL 088-850-2311

FAX 088-850-2323