

受付番号

求 人 票

一般社団法人北海道薬剤師会

紹介期限 平成 年 月 日～平成 年 月 日

ふりがな 事業所名		-----					
所在地		〒 -					
TEL/FAX/e-mail		TEL		FAX		e-mail	
従業員数		当事業所 人		企業全体 人		代表者氏名	
住 宅		<input type="checkbox"/> 単身用 <input type="checkbox"/> あり (入居 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 世帯用 <input type="checkbox"/> あり (入居 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> なし		マイカー通勤		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
担当	氏 名					課係名	
	連絡先	TEL		FAX		e-mail	
就業先	ふりがな 事業所名	-----					
	所在地	〒 -					
	TEL/FAX	TEL		FAX			
仕事内容							
雇用期間		<input type="checkbox"/> 常勤 (名) <input type="checkbox"/> 非常勤(パート) (名) <input type="checkbox"/> 臨時 (名) 雇用期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)					
就業時間		交替制 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ① 時 分～ 時 分 () ② 時 分～ 時 分 () ③ 時 分～ 時 分 ()					
時間外		月平均 時間		休憩時間		分	
休日	休 日	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	週休二日制	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()				年間休日 日	
賃金形態		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> その他 ()				月平均労働日数 日	
毎月の賃金(税込)	基本給(月額)	円～		円 (時給・日給 円)			
	定期的に支払われる手当	手当 円	円	その他の手当等 付記事項			
	基本給+手当	円～		円			
	通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 定額(最高 円まで) <input type="checkbox"/> なし					
加入保険		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 雇用		退職金制度		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
賃金締切日		毎月 日 <input type="checkbox"/> 月末		賃金支払日		毎月 日 <input type="checkbox"/> 月末	
昇給(前年度実績)		円～		円			
賞与(前年度実績)		年 回 計		ヵ月または		円～ 円	
年 収		円～		円			

選 考	<input type="checkbox"/> 面接選考 (日時 場所) <input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> その他 ()		就業場所までの略図
	携行品	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	採否決定	<input type="checkbox"/> 即 決 <input type="checkbox"/> 日 後	() 線 () 駅 ・バス停より徒歩 分

※太枠内をご記入ください。

※登録の有効期間は6ヵ月です。継続する場合は、期間満了月内にご連絡ください。