

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 ヶ月分
	手当	円	() 円
	合計	円	() 円
求人不受理要件 職業安定法第5条の6第1項各号のいずれにも該当しない場合は☑			<input type="checkbox"/>
求人者より			