

ふりがな 施設名			所在地	〒 - TEL ( )				
代表者								
求人担当者名		TEL ( ) ※内線						
施設概要・ 関連施設	設立年	年	医師 名	診療科目	整形外科・内科・外科・神経内科・脳神経外科 精神科・呼吸器科・循環器科・小児科・透析 その他( )			
			看護師 名					
	病床数	床	理学療法士 名	関連施設等				
			作業療法士 名					
	外来患者数	名/日	臨床工学技士 名					
			言語聴覚士 名					
	リハ対象患者数	外来 名/日	臨床検査技士 名					
入院 名/日		リハ科助手 名						
その他患者数	名	その他職員 名						
		職員数合計 名						
求人 数	理学療法士	名	〈採用にあたっての特記事項〉					
	作業療法士	名						
	臨床工学技士	名						
	合計	名						
採用条件・ その他	給与・ 手当	本 棒	諸 手 当	合 計	手当明細 その他	・職務手当 円		
		円	円	円		・通勤手当 円		
	勤 務 条 件	賞 与	年( 回)・支給額( ヶ月程度)		昇 給	福利 厚 生	・住居手当 円	
					昇給率( %)		円程度	・その他手当 円
		平日	時 分 ~ 時 分		福 利 厚 生		加入保険等(健康・厚生・雇用・労災・財形)	
		土曜	時 分 ~ 時 分				宿舍施設( 入居: 否 ・ 可 )	
		休 日	有給休暇	日			保育施設: 有 ・ 無 / 食事: 有 ・ 無	
	夏期休暇		日			学会・研修等参加の有無 有 ・ 無		
	年末年始休暇		日		その他			
	採 用 条 件	募集期日			選 考 方 法	・書類選考・面接・作文・適性検査		
試験日				・筆記試験(一般常識/専門)				
試験場				・その他				
採用決定日								
提出書類	履歴書・卒業見込み証明・卒業証明・成績証明・健康診断・推薦書・その他							
備 考								

※貴施設のパンフレット等がございましたら、恐れ入りますが同封をお願いいたします。

○連絡先：〒861-8045 熊本市東区小山2丁目25-35 (TEL096-389-1133・FAX096-389-1135)