

No.

## 求人申込票

受付 年 月 日

求 人 者	フリガナ				リハビリテーション概要		
	事業者名				対象者 入院	名/日 外来 名/日	
	代表者				リハ専任医師	名 看護師 名	
	所在地	〒				理学療法士	名 言語聴覚士 名
						作業療法士	名 ケースワーカー 名
	連絡先	TEL	担当者		リハビリ助手	名 事務員 名	
	全従業員数	名			施設設備概要		
	勤務先						
	診療科目						
病床数							
採 用 条 件	職種	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	通勤費		
	求人依頼数	名	名	名	加入保険		
	基本給				賞与		
	諸手当				昇給		
					休暇		
	計				休日		
	勤務時間	平日	~	~	~	福利厚生・その他	
土曜		~	~	~			
その他							
応 募 要 項	応募資格				選考日		
	選考方法				選考場所		
	提出書類				交通機関		
	書類提出先				その他		
	応募期限						
備考(特色・その他)							