|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **求 　人 　票** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付 | | | Nｏ | | | | |
| 求 人 先 | ふ　り　が　な |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者 |  | | | | | | | | | | TEL | | | | | |  | | | | | | | FAX | | | | |  | |
| 設立 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 病床数 | | | 床 | | | | | | |
| 職員数 | 医 師 | | | | 看 護 師 | | | | | 臨床工学技士 | | | | | | | | | | そ の 他 | | | | | | | | | | 計 |
| 名 | | | | 名 | | | | | 名 | | | | | | | | | | 名 | | | | | | | | | | 名 |
| 人事担当者 | 所属 |  | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 採 用 条 件 | 採用人員 | 臨床工学技士 | | | | | | | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業務内容 | 血液浄化業務 | | | | | 人工心肺業務 | | | | | | | | | | 呼吸治療業務 | | | | | | | | | 手術室業務 | | | | | |
| 集中治療業務 | | | | | 心・血管カテーテル | | | | | | | | | | 高気圧酸素治療 | | | | | | | | | ペースメーカ・ICD | | | | | |
| 医療機器管理 | | | | | その他　： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務時間 | 平日 | | ：　～　： | | | | | | | | | 待　　　　　遇 | | | 賃　　　金 | | | | 基　本　給 | | | | | | | | 円 | | | |
| 土曜 | | ：　～　： | | | | | | | | | 手当 | | | | | | | | 円 | | | |
| 変則勤務 | | 有　　　　無 | | | | | | | | | 手当 | | | | | | | | 円 | | | |
| 当直 | | 有　　　　無 | | | | | | | | | 手当 | | | | | | | | 円 | | | |
| 休日･休暇 | 週休　　日 | | | | | | | | | | | 合　　計 | | | | | | | | 円 | | | |
| 夏季(　　　　日)　年末年始(　　日) | | | | | | | | | | | 交 通 費 | | | | | | | 円まで | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | 昇 給 | | | | | | | 前年実績　　　　　　　　　　　％ | | | | | | | | |
| 勤務地 |  | | | | | | | | | | | 賞 与 | | | | | | | 回/年 | | | | | | 前年実績 　月分 | | |
| 宿舎 | 無 | | 有 (寮　アパート ) | | | | | | | | | 住居手当 | | | | | | | 円 | | | | | | | | |
|  | 加入保険等 | 健康　　　厚生　　　雇用　　　労災　　　財形　　　その他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 試 験 関 係 | 応募書類 | 履歴書 | | | | | | | 卒業見込証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | 成績証明書 | | | | | | |
| 健康診断書 | | | | | | | その他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受付期間 | 平成　 　年 　月 　 日　　　～　　　月 　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 随時 | | | | | | |
| 試験日 | 平成　 　 年　　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | 別途通知 | | | | | | | | | | 随時 | | | | | | |
| 選考場所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 選考方法 | 筆記 | | | 専門　　　　一般常識　　　　作文　　　　無し　　　　その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 面接 | | | 有 　無 | | | | | | | | | その他実施事項 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 旅費 | 支給あり 　支給なし | | | | | | 携行品 | | | | | 印鑑　　筆記用具　　その他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

学校法人 平松学園　大分臨床工学技士専門学校

　TEL 097-535-0201（内線：臨床工学） FAX 097-533-2655　✉ce-med@hiramatsu.ac.jp