

# 求人票(アルバイト募集用)

ふりがな				代表者名																		
治療院名				(担当者名)																		
治療院住所	(〒 - )																					
TEL	-	-		FAX	-	-																
所属団体	<input type="checkbox"/> 団体名( ) <input type="checkbox"/> 所属していない ※所属されている保険請求団体をご記入下さい。																					
治療所へのアクセス	(最寄駅) 線 駅・徒歩 分																					
業務内容	<input type="checkbox"/> 柔道整復業 <input type="checkbox"/> 鍼灸業 <input type="checkbox"/> その他			従業員数	男性【 】名	ベッド数	台															
					女性【 】名																	
診療受付時間	朝	時	分	～	時	分	まで															
	昼	時	分	～	時	分	まで															
	夜	時	分	～	時	分	まで															
	昼休み	時	分	～	時	分	まで															
募集職種	<input type="checkbox"/> 柔道整復助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 鍼灸助手 <input type="checkbox"/> マッサージ助手 <input type="checkbox"/> その他( )			募集内容	<input type="checkbox"/> 学生アルバイト(無資格者) <input type="checkbox"/> 学生アルバイト(柔整・もしくは鍼灸資格有) <input type="checkbox"/> 昼間部学生(授業時間13:00～16:10) <input type="checkbox"/> 夜間部学生(授業時間18:00～21:10) <input type="checkbox"/> 未経験者可 <input type="checkbox"/> 経験者のみ <input type="checkbox"/> その他( )																	
	勤務時間																					
	朝				時			分			～			時			分			まで		
	昼				時			分			～			時			分			まで		
夜			時			分			～			時			分			まで				
募集人数	<input type="checkbox"/> 柔道整復師【 】名 <input type="checkbox"/> 鍼灸師【 】名 <input type="checkbox"/> その他( )【 】名																					
賃金	アルバイト(無資格者)		アルバイト(資格有 柔整・鍼灸)				(賞与)															
	時間給		円	円	円	(昇給)																
	手当					(交通費)																
	試用期間中賃金		円	円	円	(加入保険) 健康・厚生・雇用・労災・財形 その他( )																
応募書類	履歴書 ・ その他( )																					
職場見学	可 ・ 応相談 ・ 不可			募集受付期間																		

○当校卒業生の方が求人者を申し込まれる場合(代表者又は担当者)は、氏名をお書き下さい。  
 【(柔整科・鍼灸科)・( )年度卒・氏名( )】【(柔整科・鍼灸科)・( )年度卒・氏名( )】  
 ○当校在校生・卒業生の紹介で求人者を申し込まれる場合、紹介者の氏名をお書き下さい。  
 【(柔整科・鍼灸科)・( )年度卒・氏名( )】【(柔整科・鍼灸科)・( )年度卒・氏名( )】  
 ○当校の学生募集要項の送付を希望しますか？ (希望する ・ 希望しない)

※以下はこちらで記入致します。

(受付日 年 月 日)	(受付番号)
-------------	--------

# 承諾書

本治療院では、貴校の理念と学生指導を理解し、研修生の受入れを行います。

研修生には、学業を本分とし、平常授業はもとより国家試験対策模試・実力試験及び補習授業などへの出席を求められた場合は、積極的にこれらに参加するよう指導することに同意します。

平成 年 月 日

学校法人平成医療学園  
平成医療学園専門学校  
学校長 石田 武 殿

治療院名：

代表者名：

印

その他補足事項  
(貴院の特徴・治療内容・方針・求めている人材・勉強会 等)