

# 星城大学リハビリテーション学部(求人票)

※受付日   
 ※受付番号

理学療法士  作業療法士

<記入方法>: 太枠内をお書きください。□は該当項目に☑にしてください。※の欄には何も記入しないでください。

求人者	フリガナ			設立年月日	年 月 日					
	名称			母体組織の名称						
	所在地	〒		TEL:						
	代表者名			FAX:	URL:					
施設概要	医療機関			老人保健施設			その他( )			
	施設名			施設名			施設名等			
	ベッド数	床		ベッド数	床		(施設概要)			
	開設診療等☑をつけてください			(施設概要)			(施設概要)			
	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他( )									
	施設認可等			施設認可等						
	<input type="checkbox"/> 総合リハビリ施設 <input type="checkbox"/> 理学療法Ⅱ 理学療法Ⅲ <input type="checkbox"/> 作業療法Ⅱ <input type="checkbox"/> 回復期リハ病棟( ) <input type="checkbox"/> 療養型病床群( )床 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 痴呆棟 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> その他( )						
	全職員数			全職員数			全職員数			
	内訳 理学療法士 名 作業療法士 名 言語聴覚士 名 医師 名 看護師 名 MSW 名 他( ) 名			内訳 理学療法士 名 作業療法士 名 言語聴覚士 名 医師 名 看護師 名 介護福祉士 名 他( ) 名			内訳 理学療法士 名 作業療法士 名 言語聴覚士 名 医師 名 看護師 名 介護福祉士 名 他( ) 名			
	求人	職種・人数	理学療法士 名 (既卒: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		作業療法士 名 (既卒: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)					
選考試験	応募期間	平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( ) ・ 随時								
	選考日時・場所	平成 年 月 日 ( ) 時 分 開始 場所( )								
	選考方法	<input type="checkbox"/> 筆記( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 専門)、 <input type="checkbox"/> 小論文、 <input type="checkbox"/> 面接、 <input type="checkbox"/> 適性検査 <input type="checkbox"/> その他( )								
	提出書類	<input type="checkbox"/> 成績証明書、 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書、 <input type="checkbox"/> 履歴書、 <input type="checkbox"/> 健康診断書、 <input type="checkbox"/> その他( )								
	採用予定日	平成 年 月 日 ( )			試験結果の通知時期・方法					
勤務条件	勤務先									
	勤務時間	平日: 時 分 ~ 時 分 土曜: 時 分 ~ 時 分 夜勤(当直) ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) → 有の場合 夜勤(当直)の回数 回/月								
	休日	<input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> 年末年始 <input type="checkbox"/> その他( )								
	休暇	<input type="checkbox"/> 有給休暇 年間 日(初年度 日) <input type="checkbox"/> 結婚休暇 <input type="checkbox"/> 忌引休暇 <input type="checkbox"/> 夏期休暇 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 産休 <input type="checkbox"/> その他( )								
	給与体系	項目/職種	理学療法士(4大卒)		作業療法士(4大卒)		手当内訳			
		基本給	円		円		通勤手当	円		
		時間外	円		円		住宅手当	円		
		諸手当(右欄)	円		円		資格手当	円		
計	円		円		手当	円				
昇給・賞与	昇給 年( )回 / 賞与 年( )回 (昨年度実績 ヶ月)									
加入保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> その他( )									
研修プログラム	<input type="checkbox"/> 国内研修 <input type="checkbox"/> 学会出張 <input type="checkbox"/> 院内教育プログラム <input type="checkbox"/> その他( )									
福利厚生	福利制度	<input type="checkbox"/> 研修施設 <input type="checkbox"/> 保養施設 <input type="checkbox"/> 院内保育所 <input type="checkbox"/> その他( )								
	宿舎	<input type="checkbox"/> 単身用 <input type="checkbox"/> 世帯用 <input type="checkbox"/> その他( )								
求人担当部署 連絡窓口	部課名				電話番号					
	担当者				FAX番号					

貴施設の概要案内等の参考資料および関係部署の学術論文がございましたら、ご惠贈  
 いただければ幸いです。就職情報室で学生に公開し、活用させていただきます。  
 星城大学リハビリテーション学部 就職課  
 〒476-8588東海市富貴ノ台2-172  
 TEL: 052-601-6000(代) FAX: 052-601-6010  
 URL: http://seijoh-u.ac.jp E-mail: shushokuka@seijoh-u.ac.jp