

# 病院

# 薬剤師求人票

※受付番号： \_\_\_\_\_

受付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年 _____ 月 _____ 卒業・修了予定者対象	既卒者	可・不可
----------------------------	-----	------

求人先	フリガナ 病院名	_____			
		URL: _____			
	病院長	_____	設立	_____年	
	所在地	〒 _____			
		TEL: _____		FAX: _____	
	診療科		病床数	_____床	
			従業員数	_____名	
		薬剤師数	_____名		
薬局 (薬剤) 部・科長名	部・科名	役職名	氏名		
	_____	_____	_____		
書類提出先	〒 _____				
	TEL: _____		FAX: _____		
採用担当者	部・科名	役職名	氏名		
	_____	_____	_____		
	E-Mail: _____				
採用条件	求人数		人	勤務時間	平日 時 分～ 時 分
	賃金	基本給	円	残業	土曜 時 分～ 時 分
		手当	円		月平均 時間
		手当	円	当直	有 ・ 無
		手当	円	休日	完全週休2日制 ・ 隔週週休2日制
		計	円		その他 ( _____ )
	住宅手当	円	宿舍施設	有 ・ 無	
	通勤手当	円		( _____ )	
	30歳標準年収		円	労働組合	有 ・ 無
	賞与	年 回 約 月	加入保険等	健康 ・ 厚生 ・ 雇用 労災 ・ 財形 その他 ( _____ )	
昇給	年 回 %				
応募・選考要領	応募書類	①履歴書 ②卒業見込証明書 ③成績証明書 ④その他 ( _____ )		応募締切	_____年 _____月 _____日
				応募方法	専願 ・ 併願
	選考方法	筆記	有 (専門・常識・英語・作文・小論文・その他: _____) ・ 無		
		面接	有 ・ 無	検査	適性 ・ その他 ( _____ )
	選考	日時	_____年 _____月 _____日 ・ _____年 _____月 _____日以降		
場所		_____			
合否通知	_____月 _____日頃		本人宛	・ 大学と本人宛	
説明会	日時	_____年 _____月 _____日	場所	_____	

(注) 求人内容を変更されたときや、求人が充足したときは速やかにお知らせください。

神戸薬科大学