

職 員 採 用 申 込 書 (年 3 月 卒 業 予 定 者 対 象)

専修大学北上福祉教育専門学校
学 校 長 高 橋 等 殿

発行日 年 月 日

申 込 元 情 報	法人又は団体名			
	代 表 者 名			
	所 在 地	〒 TEL : FAX :		
	事 業 内 容			
採 用 条 件 等	職種及び求人数	・介護福祉士 名 ・ 名	雇用 形態	①正規職員・②正規職員以外 () (試用期間:)
	配 属 予 定 事 業 所 等			
	勤 務 時 間			
	初 任 給	本俸 円		
	諸手当・賞与	・職務手当: 円 ・夜勤手当: 円/一回 (月 回) ・通勤手当: 円 ・(): 円 ・(): 円 ・(): 円 ・賞 与: 年 回 (計 カ月)		
	加入保険等 休 日	健康・厚生・雇用・労災・財形・退職金制度 (年以上勤務者対象) ・ ()		
選 考 関 係	受 付 期 間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () ・ 随時		
	応 募 書 類	履歴書 (学校様式・所定様式) ・卒業見込証明書・成績証明書 健康診断書 (※学校様式・所定様式) ・その他 ()		
	日 時	年 月 日 () 時 分 ・ 書類受付後連絡 ・随時		
	会 場	住所: TEL : 名称:		
	内 容	筆記試験	無・有 (専門・一般・作文・)	
		面接試験	個人・集団	健康診断 : 無・有 ()
		その他		
	結 果 通 知	期 日: 月 日までに ・ 通知先: 本人宛 ・ 学校宛		
採 用 に 関 す る 希 望 事 項				
採 用 担 当 者	住 所 : 部署・氏名: TEL : FAX :			

※ 学校様式の健康診断書内容: 身長・体重・視力・検尿・胸部レントゲン・内科検診・就学上の注意事項

※ 法人又は団体の要覧等がありましたら、同封して下さいます様お願いいたします。