

視能訓練士 求人申込票

名 称	代表者名： (役職)						
所在地	〒			TEL			
				FAX			
応募書類 提出先	〒 (求人担当)			TEL			
				FAX			
基本情報	URL	http://					
	設立日	明・大・昭・平	年	月	日		
	病床数	床					
	経営母体	国 都道府県 市町村 法人 その他 ()					
	施設種別	病院 診療所 老健 福祉施設 その他 ()					
	理念・特色						
	診療科目	眼科 内 精神 呼 消 胃 循 小児 外 整形 脳 皮膚 肛 産婦 耳鼻 リハ 放射 歯麻 その他 ()					
	職員数	総職員数		名			
		眼科職員数		名			
		(内訳)	医師	名	(准)看護師	名	看護助手
視能訓練士			名	臨床検査技師	名	検査助手	名
	事務職員	名	その他 ()		名		
募集人数	名						
選 考	書類提出締切	平成 年 月 日 ・ 随時					
	試験日	1次 平成 年 月 日 () ・ 随時 2次 平成 年 月 日 ()					
	提出書類	1. 履歴書 2. 成績証明書 3. 卒業(見込)証明書 4. 健康診断書 5. 推薦書					
	試験内容	1. 書類選考 2. 筆記 (専門 ・ 一般 ・ 適性検査 ・ その他) ・ なし 3. 面接 (個別 ・ 集団 ・ その他) ・ なし 4. その他 ()					
	場所						
	その他						
処 遇	基本給	円	通勤費	全額 ・ 円まで支給			
	()手当	円	賞与	ヶ月/年			
	()手当	円	昇給	% / 年 (円 / 年)			
	()手当	円	加入保険	健康 ・ 厚生 ・ 労災 ・ 雇用			
	合計	円	退職金制度	無 ・ 有 ()			
	勤務時間	()時()分 ~ ()時()分まで					
	休日						
	有給休暇						
備 考							