

整理番号 No.

申込年月日 年 月 日

求人票

| | | | | | | | |
|---------------------|---|--|----|------|-------------------------|---|------|
| 求人の内容 | 人数 | <input type="checkbox"/> 栄養士(人) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(人) | | | | | |
| | 雇用形態 | <input type="checkbox"/> フルタイム (<input type="checkbox"/> 正社員 ・ <input type="checkbox"/> 非正社員) (人) <input type="checkbox"/> パートタイム (人) | | | | | |
| 事業所名 | フリガナ | | | | | | |
| 代表者職・氏名 | フリガナ | | | | | | |
| 所在地 | 〒□□□-□□□□ | | | | | | |
| 担当者 職・氏名 | | | | | | | |
| 連絡先(電話番号) | | | | | | | |
| 創 業 | 年 | 資本金 | 万円 | 従業員数 | 企業全体 | 人 | 労働組合 |
| | | | | | 就業場所 (うち女性 (うちパート | | |
| 業 務 内 容 | 仕事の内容について、職場環境を含め、できるかぎり具体的に記入してください。 | | | | | | |
| 労働契約の期間 | 雇用開始年月日: (期間の定めがある場合は、その契約期間を記入してください。) | | | | | | |
| 就 業 場 所 (所在地・名称) | 実際に就業する場所について、なるべく詳しく記入してください。 〒□□□-□□□□ (名称) | | | | | | |
| 就 業 時 間 | 始業及び就業の時刻、所定労働時間を越える労働の有無について記入してください。 | | | | | | |
| 休 日 等 | 休日(定休日)、休暇(年次有給休暇)等について記入してください。 | | | | | | |
| 労 働 条 件 | 賃金形態 | <input type="checkbox"/> 時間給 (円～ 円) <input type="checkbox"/> 日給 (円～ 円) <input type="checkbox"/> 月給 (円～ 円) <input type="checkbox"/> 年俸制 (円～ 円) <input type="checkbox"/> その他 (円～ 円) | | | | | |
| | 試用期間 | 試用期間中の労働条件が異なる場合は、その条件を詳しく記入してください。 無 ・ 有 (期間: 条件:) | | | | | |
| | 通勤手当 | 実費(上限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 毎月 円まで | | | | | |
| | 昇給(実績) | ※ベースアップ込みの前年度実績 月あたり あり (円) | | | | | |
| | 賞与(実績) | ※前年度実績 あり 年 回 計 月分または 万円～ 万円 | | | | | |
| 加入保険等 | 雇用 労災 公災 健康 厚生 財形 厚生年金基金 退職金共済 退職金制度 あり(勤続 年以上) | | | | | | |