

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)						