

受 付	年 月 日	求人番号	紹介期限	<h1>求 人 票</h1>				て ん 未	充 足 取 消
								未 充 足 完 結	月 日

求 人 施 設 の 概 要	事業所名	公益財団法人 愛知県健康づくり振興事業団				労 働 条 件 福 利 厚 生 な ど	給与区分 <input checked="" type="checkbox"/> 月給制・日給制・その他()		充 足 計 画	
	所在地	愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1 電話 0562(82)0210					基本給	奨励給 _____円		
	就業場所	総合健診センター 名古屋市昭和区永金町1-1等	採用 担当者	山田 亜希子			月給	243,000円～ ※経験年数による加算あり 日額 _____円 × _____日		
	診療科目名						手当	皆勤手当 _____円 手当 _____円 手当 _____円		
	放射線 設備内容	(台数)					危険手当	1日 350円		
	現在 従業員数	医師 1名・看護師 5名・放射線技師 6名					時間外手当	月平均 _____円		
求 人 数	数 名	正規職員 1名				通勤手当	<input checked="" type="checkbox"/> 全額 定額 _____円			
	年 令	不問	配偶者	ある人 ない人 <input checked="" type="checkbox"/> 不問	保証人	家族手当	社会保険・税 _____円			
	要 否					配偶者	_____円			
作 業 内 容 選 考	<ul style="list-style-type: none"> ・検診車による胃・胸部の出張検診 ・診療における放射線業務 ・その他関連業務等 					二子当たり	11,500円			
	<ul style="list-style-type: none"> ・採用予定日：原則月初（1日）から 					その他計	_____円			
	内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 作文・面接	面接旅費 支給・ <input checked="" type="checkbox"/>	必要 書類 携帯品	<input checked="" type="checkbox"/> 履 <input checked="" type="checkbox"/> 写 <input checked="" type="checkbox"/> 歴 <input checked="" type="checkbox"/> 真	賞 与	年 2回(年 4.6月分 又は _____円)			
	方 法	<input checked="" type="checkbox"/> 書類選考				昇 給	<input checked="" type="checkbox"/>			
採 否	採 否 決 定	即 決 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 7日後				退職金制度	<input checked="" type="checkbox"/> (最低 1年勤続 _____円) 無			
	赴 任 旅 費	支 給 _____円 (赴任前 後)				就業時間	午前 8時45分から 午後 5時15分まで ----- 残業 <input checked="" type="checkbox"/> (月平均 _____日 1.0時間) 無			
						休 日	月 _____回 <input checked="" type="checkbox"/> 土・日曜・祝日			
						加入保険	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用・ <input checked="" type="checkbox"/> 労災・ <input checked="" type="checkbox"/> 健康・ <input checked="" type="checkbox"/> 厚生・ <input checked="" type="checkbox"/> 退職金共済			
						宿 舎	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 但し、住居手当あり(要件を満たしている場合に限る)			
						単 身 者 用	1人あたり _____畳 寝 具 貸 与 (有償・無償) 持 参			
						世 帯 者 用	宿 舎 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 有償・無償 1世帯あたり _____月 _____円			
						量 量 計 量 浴 場	有・無			

太枠でかこんだ項目について記入し、該当の文字を○でかこんでください。 提出(送付)先 〒467 名古屋市瑞穂区駒場町五丁目12番地5
-0807 ハイライズ瑞穂2-C
公益社団法人 愛知県診療放射線技師会