



【 求 人 要 項 】

(20**年度 20**年3月卒業予定者)

【 介護福祉士 ・ 作業療法士 】

いずれかに、を入れてください

東京YMCA医療福祉専門学校

事業所概要	フリガナ 事業所名		所在地	〒		
				TEL ()		
	フリガナ 代表者名		設 立	年		
	設立法人名		事業内容 (領域)	高齢者介護・障害者支援・精神障害・発達障害・総合		
	利用者定員	名	人事担当者	役職名		
職員数	男子 名 / 女子 名					
採用条件	職 種		初 任 給	基本給	円	
	資格免許等	介護福祉士・作業療法士・運転免許 他 ()	(卒)	手 当	円	
			(歳)	手 当	円	
	採用予定数	名		手 当	円	
	勤務時間	I) 日勤	~		その他	円
		II) 早出	~		合 計	円
		III) 遅出	~	通 勤 費	全額 最高	円まで
		IV) 夜勤	~	昇 給	年 回	%
	休 日		賞 与	年 回	約	か月
	採用予定日	年 月 日 (内定通知は選考後 日位)	社会保険	有 無	退職金制度	有 無
試用期間	か月	宿舎(寮)	有 無			
採用試験	試験方法	1. 書類選考 2. 筆記(専門・常識・論文・作文) 3. 面接 4. 適性検査 5. 健康診断 6. その他 ()	提出書類	1. 履歴書 (写真 枚) 2. 成績証明書 3. 卒業見込証明書 4. 健康診断書 5. その他 ()		
	学歴・年齢	専門学校卒・短大卒・大学卒 年齢 () 歳まで	書類提出先	〒		
	見 学	可 ・ 不可		TEL ()		
	説明会日時	月 日 時	場 所	(略図)		
	応募締切日	月 日 時				
	選考日	1次	月 日 時~ 時			
		2次	月 日 時~ 時			
	携行品	筆記用具・印鑑・その他 ()				
補足事項						

学校受付者印

(年 月 日)

※お手数ですが、貴事業所(法人)に本校(東京YMCA医療福祉専門学校)の卒業生がおりましたら、下記の欄に氏名のご記入をいただきたいと思ひます。

--