

※印の箇所は該当事項を○で囲んで下さい。

※対象

来春卒業見込者・既卒業者

名 称	施設長の氏名		
所在地			
人事担当者	役職名:	氏名:	TEL() -
施設の概況	病床数	床	診療科目 ※内・小・精・神・外・整・脳・産・眼・耳・皮・歯 その他()
	従業員数	名	検査室人員 名(有資格者 男 名、女 名)(本学卒 名)
	実施検査項目	※ 生化学・血液・生理・細菌・血清・病理・一般検査 その他()	
採用予定人員	名 ご要望等:		
応募資格	※ 年齢制限有(昭和 年 月以降生)・年齢制限無 その他の制限		
必要提出書類	※ 履歴書・身上書・写真(枚、 cm)・成績証明書・卒業見込証明書 ※ その他()、提出場所:		
選考	書類受付締切日	第一次:平成 年 月 日 第二次:平成 年 月 日	
	方 法	※書類選考・面接・筆記試験(常識・適性・作文・専門)・健診・その他	
	日 時	※平成 年 月 日 午前・午後 時、 追って通知	
	場 所		採 否 通 知 約 日 後
携 行 品	※ 1. 筆記用具 2. 印鑑 その他()		
待 遇	給与(月額) (平成 年 月 ※現在・見込)	昇 給	年 回 %
		賞 与	年 回 ヶ月分
	計 _____ 円	加入社会保険	※健康・厚生・失業・労災、()
	1. 基本給 _____ 円	寮	※利用可(寮費月 _____ 円)・不可
	2. 定額的手当(名目: _____) _____ 円	勤 務 条 件	平 日 午前 時 分～午後 時 分
	3. 不定額の手当(名目: _____) _____ 円		土 曜 日 午前 時 分～午後 時 分
	4. 通勤手当 (※全額・定額 _____ 円まで)	残 業 月 平 均	時間
5. その他(_____)	※夜勤制、有・無(月 _____ 回) ※緊急呼出制、有・無		
試用期間(_____ ヶ月間) _____ 円	国 家 試 験 時 置 不 合 格 処		
備 考			

受付:来・文・電(平成 年 月 日)

※次の質問事項にお応え下さい。

1) 採用予定者の業務内容について。

1. 決まっていない。

2. 決まっている。

(2.の場合、具体的な検査内容：

)

2) 求人票の送付について。

1. 本校へのみ求人票を送付している。

2. 他校へも求人票を送っている。

3) 所在地の略図(最寄りの駅よりお願いします)



学校法人 行岡保健衛生学園
大阪行岡医療専門学校長柄校
臨床検査科

〒531-0061 大阪市北区長柄西1丁目7番53号

TEL (06) 6358-9271 (代)

FAX (06) 6358-3451