

求職票

(一社)京都私立病院協会 無料職業紹介ネットワークセンター

各欄にご記入いただき、該当個所を○で囲んでください。

職種	常勤・パート
----	--------

※受付 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	年	月	日	〒	—
	住所						
	男・女 / 満 歳	<small>※連絡のつながりやすい番号をご記入下さい。</small> tel (自宅・携帯) / mail / FAX					

略歴	学 歴	年 卒業・卒業見込み					
		年 卒業・卒業見込み					
	職 歴	<small>医療機関・事業所など (※医療機関以外の勤務経験も漏れなくご記入下さい)</small>		勤務期間		役職など	
				年 月 ~	年 月		
				年 月 ~	年 月		
				年 月 ~	年 月		
				年 月 ~	年 月		
		年 月 ~	年 月				
その他							

希望条件	就職先	病院・診療所		職務内容		
	希望地域			賃 金	月収 万円(手取・額面)	
				年収	万円 時給 円	
	通勤方法	自宅から① 駅まで 分、② 駅まで 分、③バス停 ・バイク・車				
	就業時間	当直(可・不可)		夜勤(可・不可)	深夜勤(可・不可)	
	休 日	日・祝・土曜(月 回以上) ※勤務可能日 月・火・水・木・金・土・日				
他の条件						

資格免許	種 類				
	取得年月	年 月 日取得・見込み	年 月 日取得・見込み	年 月 日取得・見込み	
	番 号				

情報提供	※求職票に記載している個人情報を第三者(求人者)に提供することについて同意いたします。				
	令和 年 月 日 氏名				(印)

件労働示条	※労働条件等(求人票)の明示方法としてFAX・電子メール等での明示を				
	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない(希望しない場合は書面での明示となります)		

【※】無料職業紹介ネットワークへの登録期間は、登録受付日から6ヶ月間です。期間満了後、継続登録希望の場合はお申し出下さい。

備考					
----	--	--	--	--	--