

受付番号

令和 年 月 日

求人票

(就業条件明示書)

☆ 登録希望期間 (最長6ヶ月まで)	受付日より	ヶ月	☆ 公開先	窓口・ホームページ・県薬会報		
求人者事業内容						
☆ 事業所名	〒 ー		☆ 設立	年月	資本金	万円
☆ 事業所在地			☆ 事業内容 (業種)	1. 調剤薬局 2. 病院診療所(科目: 床数:) 3. OTC 4. 卸 5. メーカー 6. その他()		
☆ 担当者名						
☆ 担当者先	TEL		☆ 代表者名			
	FAX		☆ 従業員数	薬剤師 人、その他 人		
E-mail			☆ 福利厚生	社会保険・労災保険・雇用保険・賠償 退職金・その他()		
URL						
求人内容						
☆	勤務先名	所在地			処方箋応需病院診療所名・診療科目	
☆ 雇用形態	常勤・パート・その他()		☆ 事業所内(店舗間)異動	有・無		
☆ 職務内容 (職種)	管理薬剤師・調剤・販売・在宅訪問・病棟業務・その他()					
交通アクセス 最寄駅(バス停)からの交通		()線()駅(停留所)より()分				
☆ 賃金	時給	円～	☆ 求人人数	人数		人
	月給	円～		☆ 勤務時間	時 分～ 時 分	
	年俸	円～	☆ 休日	日曜日・祝祭日・()曜日		
	交通費	上限金額 円		☆ 週休2日制	有・無	
	賞与	年 回約 ヶ月分		☆ 交替制	有・無	
	昇給	有(年 回)・無		☆ 特定曜日	()曜日 時 分～ 時 分	
☆ 手当	手当	円	☆ 残業	有・無	月()時間残業有り	
	手当	円	☆ 車通勤	駐車場	有・無	
求人者より				処理状況		
				※記入しないでください。		

○原則として記入登録された内容は全て求職者に公開されます。できるだけ記入もれのないようお願い致します。(☆欄は、必ず記入して下さい。)

【連絡先】 沖縄県薬剤師会 薬剤師無料職業紹介所 担当 大城・宮城
TEL : 098-963-8930 FAX : 098-963-8932
E-mail job@okiyaku.or.jp URL http://www.okiyaku.or.jp