

求人申込票

| | | | |
|-----------|-----|------|------------|
| 受付年月日 | 担当者 | 受付番号 | 校内締切 |
| 2018.6.17 | | 16 | 随時 見学締切 |

※ 下記 該当項目 □にチェック又は○をお願いいたします

| | | | | |
|-----------|--|--|-------------|--|
| 求人先 | ふりがな | ふろんていめ やまこくひか(にえいほん) | | |
| | 名称 | フロンティア薬局東苗穂店 | | |
| | 所在地 | 病院・クリニック(調剤薬局)・歯科医院・その他 従業員数 12 名 () 床 | | |
| 採用職種 | 採用職種 | 内科・外科・小児科・整形外科・産婦人科・眼科 耳鼻咽喉科・皮膚科・脳神経外科・歯科 その他() | | |
| | 代表者 | 役職 株式会社フロンティア支店長 氏名 鈴木 嘉文 | | |
| | 担当者 | 役職 支店事務 氏名 榎名 優華 | | |
| 募集内容 | 採用希望学科 | <input checked="" type="checkbox"/> 医療事務科(1年制) <input checked="" type="checkbox"/> 医療秘書科(2年制) <input checked="" type="checkbox"/> 診療情報管理士科(3年制) <input type="checkbox"/> くすりアドバイザー科(2年制) <input type="checkbox"/> 歯科アシスタント科(1年制) <input type="checkbox"/> 医療保育科(3年制) | | |
| | 雇用形態 | 正社員・準社員・嘱託・契約・派遣 その他() 募集人数:(2 名) | | |
| | 給与 | 基本給 | 170,000 円以上 | |
| | | 住宅手当(世帯主可) | 17,000 円 | |
| | | 手当 | 円 | |
| | | 手当 | 円 | |
| | | 手当 | 円 | |
| | 合計 | 187,000 円以上 | | |
| | 研修期間中給与 | 上記に同じ・日給/時給: 円 | | |
| | 試用期間 | 有 (3 カ月間) ・ 無 | | |
| | 交通費 | 全額 / 定額(上限5万 円) まで | | |
| | 賞与 | 年 回 計 カ月分 | | |
| | 昇給 | 年 1 回 会社の業績による 円位 | | |
| | 出産休暇 | 有 ・ 無 | | |
| | 育児休暇 | 有 ・ 無 | | |
| 燃料手当 | 有 (月支給 円程度) ・ 無 | | | |
| 保険 | 健康・厚生・労災・雇用・その他() | | | |
| 勤務(研修)開始日 | この相談のうえ 年 月 日()より | | | |
| 交通 | JR・地下鉄 | 線 駅 下車 | | |
| | バス | 市電 中央バス東7000線 伏古7条5丁目 駅 下車 | | |
| | マイカー通勤 | 可 ・ 不可 | | |
| | 職員バス | 有 (駅より) ・ 無 | | |
| | ※診療情報管理士科の学生について 2月に行われる診療情報管理士の認定試験に向けて、研修開始後1日の授業と試験前3週間の特別対策授業への参加を可能な限りお願いしております。 | | | |
| 採用試験内容 | 試験日 | 月 日 () : | | |
| | 選考方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 書類選考 <input checked="" type="checkbox"/> 面接(集団・個人) <input checked="" type="checkbox"/> 筆記 (常識: 国数社英・時事・小論文) <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 提出書類 | <input checked="" type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 健康診断書 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 提出方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 学校取りまとめ <input type="checkbox"/> 当日持参 | | |
| | 併願他医療機関等との掛け持ち受験 | <input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ 不可 ※当校のルールは別途お伝えいたします | | |
| 事前見学 | <input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ 不可 | | | |
| 合格通知 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 両方 | | | |
| 募集先 | <input type="checkbox"/> 当校のみ <input checked="" type="checkbox"/> 他校・一般 | | | |
| 卒業生の在職 | 有 (名) ・ 無 | | | |

(学校記入欄)エリア担当より 普通免許取得者希望

学校法人 三幸学園 日本病院会認定校
札幌医療秘書福祉専門学校
 〒060-0042 札幌市中央区大通西18丁目1-8
 ☎011(641)0865(代) Fax011(641)0860

FAXにてご返送ください。