●下記の記入例をご参考にお願いします。
※は記入必須
●薬剤師会ホームページからも求人申込票のダウンロードが出来ます。

令和　　年　　月　　日

【記入例】求人申込票

	ふりがな	
※	企業名	○○○○○
※	所在地	〒780-0850 高知市丸ノ内一丁目7番45号 TEL 088-824-2735　FAX 088-824-4013
※	勤務先名称	○○○○○
※	勤務先住所	〒780-0850 高知市丸ノ内一丁目7番45号
	従業員数	当事業所　　人　企業全体　　人
	担当者	氏名　○○　○○　連絡先　088-824-2735 メールアドレス　※掲載しましたら、求職者からの直接連絡が可能になります
	採用薬剤師人数	正職員　1人　H29.3　月卒業新卒者採用予定　(有)・無　採用人数　1　人 臨時職員　人 パート　1人　H30.3　月卒業新卒者採用予定　有・(無)　採用人数　　人
	仕事の内容	
	就業時間	正職員　平日：9：00～17：00、土曜日：9:00～13:00 パートの場合は時間・日数相談に応じます
	休日	日、祝日、夏季休暇、年末年始休暇
	加入保険	雇用保険　(有)・無 社保・国保　(有)・無 厚生年金　(有)・無
※	通勤手当	(有)・無　(全額)　※上限　　円まで　定額　　円
※	マイカー通勤	(可)・不可
	給料	※自由に閲覧が可能となりますので記載は必須ではありません 年齢、経験、能力を考慮のうえ、規定により決定
	備考	
	ホームページアドレス	※掲載希望の場合は記載ください（リンクします） http://www.kochi-kenyaku.or.jp/

数字のみ入力可（若干名、1～2の～は不可）

※高知県薬剤師会事務局まで返信お願いします。

公益社団法人　高知県薬剤師会
〒780-0850　高知市丸ノ内一丁目7番45号　TEL　088－873－6429　FAX　088－822－8734