

求人申込票

ふりがな					
企業名					
所在地	〒				
	TEL		FAX		
勤務先名称					
勤務先住所	〒				
従業員数	当事業所	人	企業全体	人	
担当者	氏名		連絡先		
	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	人	2020.3 月卒業新卒者採用予定	有・無	採用人数 人
	臨時職員 パート	人 人	2021.3 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					
休日					
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				
就業の場所における受動喫煙を防止するための措置					
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)				
※高知県薬剤師会事務局まで返送お願いします。 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					