

受付番号

平成 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

☆ふりがな 事業所名		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					
☆担当者名		☆代表者名			
☆連絡先	TEL	☆従業員数	薬剤師 人、その他 人		
	FAX				
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	
	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 喜仁
TEL : 098-963-8930 FAX : 098-963-8932
E-mail job@okiyaku.or.jp URL http://www.okiyaku.or.jp