

(公社) 岩手県栄養士会求人申込書

提出年月日： 年 月 日

依頼主 職

氏名

印

求人者	施設名	ふりがな 給食経営形態 直営 ・ 委託 代表者職氏名
	住所	〒 TEL FAX
求人数	名 (未経験者 可 ・ 不可)	
資格	管理栄養士 栄養士 どちらでもよい	
勤務地	〒 住所	施設名
雇用形態	正職員 派遣職員 非常勤職員 臨時職員 パート職員 その他 ()	
雇用期間	年 月 日から ※期間のある場合 年 月 日まで	
勤務曜日	月～金曜日 週 5 日交代制 パートタイム その他 ()	
勤務時間	時 ～ 時 (内休憩時間 分)	
所定時間を超える勤務	無 ・ 有 (月 時間位 1 日 時間位)	
年次休暇	有給休暇 日 夏期休暇 日 その他 ()	
業務内容	<input type="checkbox"/> 栄養指導業務 (主な疾病:) <input type="checkbox"/> 特定保健指導業務 <input type="checkbox"/> 給食管理業務 (献立作成 調理指導 調理) →1 日の喫食数 (朝: 食、昼: 食、夕: 食) <input type="checkbox"/> その他 () 〔 配置人員 : 管理栄養士 名、栄養士 名、調理員 名 〕	
給料手当等	<input type="checkbox"/> 月給 (基本給 円) <input type="checkbox"/> 日給 (円) <input type="checkbox"/> 時給 (円) <input type="checkbox"/> 福利厚生 () <input type="checkbox"/> その他手当 () * 交通費 (円以上 ・ 実費支給)	
社会保険等加入	健康保険 厚生年金保険 または 共済年金保険 雇用保険 労災保険	
昇給	有 (年 回 円) ・ 無	
賞与	有 (年 回 カ月分) ・ 無	
退職金制度	有 (勤続 年以上) ・ 無	
試用期間	有 (期間 / 労働条件 同条件 ・ 変更有) ・ 無	
その他の条件		