

様式3

求 人 票

太枠で囲んだ項目を記入してください

登 録 日	年 月 日		NO.	
フリガナ 事業所名			代表者名	
			雇用保険 事業所番号	
資本金			従業員数	
所在地			最寄駅	
電話番号			F A X	
事業内容				
担当部署			担当者名	
採用人数			雇用形態	
仕事内容	職務内容			
	雇用期間		勤務開始日	
	年齢	<input type="checkbox"/> 不問 <input type="checkbox"/> 歳 ~ 歳迄	年齢制限の 理由	
	勤務地	所在地に同じ	就業時間 休憩時間	
必要な経験 資格・スキル	学歴	<input type="checkbox"/> 不問 <input type="checkbox"/>	以上	
	実務経験	<input type="checkbox"/> 不問 <input type="checkbox"/>		
	必要資格	<input type="checkbox"/> 不問 <input type="checkbox"/>		
待遇	賃金形態		休日	
	基本給		残業の有無	<input type="checkbox"/> 有 月 時間 <input type="checkbox"/> 無
	定額的な手当		賞与	
	通勤手当		加入保険	<input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 退職金共済 <input type="checkbox"/> 財形 <input type="checkbox"/> 退職金制度
	賃金締切日			
	賃金支払日			
応募・選考 方法	選考方法	<input type="checkbox"/> 書類 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	提出書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 職務経歴書 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	提出期限	年 月 日必着	公開希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	紹介期限日	年 月 日	助成金希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無