

厚生労働大臣 許可
無料職業紹介事業
事業者番号36-ム-300010

求人申込書(事業者用)

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|-----|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 求人番号NO: | | | | 受付日: | 年 | 月 | 日 | |
| 事業所名称 | ふりがな とくしまけんりつちゆうおうびょういん 徳島県立中央病院 | | 給食運営形態 | 委託 | | | | |
| 事業所所在地 | 〒 770-8539 ふりがな とくしまけん とくしましくらもとちよう 住所 徳島県徳島市蔵本町1丁目10-3 | | 代表者職氏名 | 葉久 貴司 | | | | |
| 求人人数 | 1名 | | | | | | | |
| 資格 | <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> どちらでもよい | | | | | | | |
| 就業場所 | 〒 770-8539 住所 徳島県徳島市蔵本町1丁目10-3 | | 施設名 | 徳島県立中央病院 | | | | |
| 採用後転勤の有無・範囲 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 有る場合は範囲(勤務地) | | | | | | | |
| 就業形態 | <input type="checkbox"/> 正規 <input checked="" type="checkbox"/> 契約(会計年度任用職員) <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 就業期間 | 令和 8年 3月 3日 ~ 令和 8年 3月 31日 2年延長 | | | | | | | |
| 就業曜日 | <input checked="" type="checkbox"/> 月~金曜日 <input type="checkbox"/> 交代制 <input checked="" type="checkbox"/> その他(GW、年末年始1回程度出勤あり) | | | | | | | |
| 就業時間 | 8時 15分 ~ 17時 15分 | 交代制 | ① | 時 | 分 | ~ | 時 | 分 |
| | (うち休憩時間 60分) | | ② | 時 | 分 | ~ | 時 | 分 |
| | | | ③ | 時 | 分 | ~ | 時 | 分 |
| 所定時間を超える勤務 | 有 (月 15時間位 週1回程度、19時ごろまで勤務あり) | | | | | | | |
| 休暇等 | 有給休暇 : 任用期間による | | | | | | | |
| 業務内容 *該当する内容にチェックをしてください | <input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導業務 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養管理業務(業者指導・オーダー管理・献立管理) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (入院患者栄養管理、病棟での聞き取り、チーム医療への参加等) | | | | | | | |
| 賃金 | <input checked="" type="checkbox"/> 基本給(月額252,114円~304,794円(経験年数に応じて算定、地域手当含む)) | | | | | | | |
| | 賃金締切日 | 日 | 賃金支払日 | 日 | | | | |
| 定期的に支払われる手当 | <input type="checkbox"/> () 手当(円) | | <input type="checkbox"/> () 手当(円) | | | | | |
| 加入保険 | <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input checked="" type="checkbox"/> 労災保険 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険 | | | | | | | |
| 昇給・賞与 | *昇給 <input type="checkbox"/> 有 (年 回) <input checked="" type="checkbox"/> 無 *賞与 <input checked="" type="checkbox"/> 有(県病院局の規定に基づき支給) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| 退職金制度 | <input checked="" type="checkbox"/> 有(勤続 1年以上) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| 定年制度 | <input type="checkbox"/> 有(歳) <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | 勤務延長 <input type="checkbox"/> 有(歳) <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 試用期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| ありの場合の労働条件の内容: | 育児休業取得実績 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 介護休業取得実績 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 看護休暇取得実績 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| 就業場所における受動喫煙防止措置の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 屋内原則禁煙(喫煙室 無し) <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | |

連絡先:(公社)徳島県栄養士会 栄養ケア・ステーション 担当 TEL・FAX 088-626-0166
FAX (088-626-0166)にて申し込みください