

# 求人票 【 派遣・ 紹介予定派遣 ・ 紹介 】

受付日： 年 月 日

|          |   |             |                    |       |   |
|----------|---|-------------|--------------------|-------|---|
| 名称       |   |             |                    |       |   |
| 住所       |   |             |                    |       |   |
| ご担当者様    | フリガナ                                      |             | 部署                 |       |   |
|          |   |             |                    |       |   |
| 連絡先      | TEL :                                     |             | mail :             |       |   |
|          | FAX :                                     |             | その他 :              |       |   |
| 資格要件     | 介護福祉士・ホームヘルパー1級・ホームヘルパー1級・看護師(正・准)・その他( ) |             |                    |       |   |
| 必要な経験    |   |             |                    |       |   |
| 交通ルート    | 線 駅より 徒歩 バス 車 分                           |             |                    |       |   |
|          | バスの場合：バス停 で乗車、乗車時間 分、バス停 で下車後徒歩 分         |             |                    |       |   |
| 交通ルート    | 線 駅より 徒歩 バス 車 分                           |             |                    |       |   |
|          | バスの場合：バス停 で乗車、乗車時間 分、バス停 で下車後徒歩 分         |             |                    |       |   |
| 交通ルート    | 線 駅より 徒歩 バス 車 分                           |             |                    |       |   |
|          | バスの場合：バス停 で乗車、乗車時間 分、バス停 で下車後徒歩 分         |             |                    |       |   |
| 求める人物像   |   |             |                    |       |   |
| 業務内容     |   |             |                    |       |   |
| シフト提出・発表 | 提出  | 毎月 日        | 発表                 | 毎月 日  |   |
| 勤務シフト    | ~   |             | ~                  |       |   |
|          | ~   |             | ~                  |       |   |
|          | ~   |             | ~                  |       |   |
| 車通勤の可否   | 可 ・ 不可                                    |             |                    |       |   |
| 雇用形態     | 正社員 ・ 非常勤 ・ 派遣 ・ 紹介予定派遣 (派遣期間 ヶ月~ ヶ月)     |             |                    |       |   |
| 給与       | 月給  | 円           |                    | 時給    | 円 |
|          | 夜勤手当                                      | 円/回 (月 回程度) |                    | 住宅手当  | 円 |
| 手当       | 家族手当                                      | 円           |                    | その他手当 | 円 |
|          |   |             |                    |       |   |
| 休日       | 曜日固定( 曜日) ・ シフト制(月・週 日) ・ その他             |             |                    |       |   |
| 有給休暇     | 法定通り・その他( )                               |             |                    |       |   |
| 交通費      | 全額支給 ・ 上限あり( 円/月) ・ 定期代分支給 ・ その他          |             |                    |       |   |
| 社会保険     | 完備 ・ 週 時間以内の勤務の人は雇用保険のみ ・ その他( )          |             |                    |       |   |
| 退職金制度    | 有 (勤務年数 年以上より発生) ・ 無 ・ その他( )             |             |                    |       |   |
| 賞与       | 有 ・ 夏 ヶ月・冬 ヶ月程度 ・ 無 ・ その他( )              |             |                    |       |   |
| 単身者社宅制度  | 有 ・ 無                                     |             | 有の場合：本人負担額 円 ・ その他 |       |   |
| 給与支払日    | 締日  | 日 ・ 月末      |                    | 支払    | 日 |
| 試用期間     | 有 ・ 無                                     |             | 有の場合： ヶ月 ・ その他( )  |       |   |

〒171-0022  
東京都豊島区南池袋2-6-12  
宮城ビル2F  
株式会社ケアリッチ  
(TEL) 03-5396-9911  
(FAX) 03-5396-4412

株式会社ケアリッチ