

人材紹介登録用紙

記入日 年 月 日

法人名			法人設立年月	年 月
店舗名			開業年月	年 月
所在地	〒	連絡先住所	〒 ※連絡先が店舗と違う場合にご記入ください。	
電話番号			電話番号	
FAX番号			FAX番号	
メールアドレス			URL	http://
代表者名			担当者名	(役職)

診療時間	受付時間	① (曜日) 時 分 ~ 時 分 / 休憩時間 時 分 ~ 時 分		
		② (曜日) 時 分 ~ 時 分 / 休憩時間 時 分 ~ 時 分		
就業時間	就業時間	① (曜日) 時 分 ~ 時 分 / 休憩時間 時 分 ~ 時 分		
		② (曜日) 時 分 ~ 時 分 / 休憩時間 時 分 ~ 時 分		
休診日	日・祝・平日(曜日) ・隔週(曜日)			
就業時間	フル・午前中のみ・午後のみ・その他()			
人選条件	柔道整復師・鍼灸師・あまし師・柔道整復師学生・鍼灸師学生・あまし師学生 整体・カイロ・学生・医療事務・受付・その他() 医師・看護師・歯科衛生士・薬剤師・ケアマネージャー・ヘルパー・理学療法士・作業療法士			
就業開始日	登録のみ・即日・月 日頃から			
その他	平均患者数	1日あたり	人~ 人	(株)吉田企画コンサルティング 有・無
	施術常勤 正社員数	人	施術常勤 アルバイト数	人
	車通勤	可・不可	寮対応	有・無
最寄駅	線 駅(徒歩・バス 分) / 線 駅(徒歩・バス 分)			
給与制度	賃金額	円(月給・時給・歩合給)		締日 日 支払日 日
	明文化された制度の有無(○で囲んで下さい)	役職昇進基準	賞与支給制度	歩合制度 定期昇給制度
		就業規則(年更新)	退職金制度	試用期間(カ月)
	交通費	全額・定額	円・なし	その他手当
加入保険	社会保険・雇用保険・労災保険・治療賠償保険			

ご要望に近いスタッフをご紹介する際の参考とさせていただきます。

貴院の療法、院内器具など下記の該当する項目に○印でお囲み下さい。ご協力をお願い致します。(複数回答可)

療法	PNF AKA AK SOT 構造医学 操体法 オステオパシー 0リング トリガーポイント 整体 カイロ(系) 推拿 タイ式マッサージ リフレクソロジー(式) アロマセラピー オイルマッサージ テーピング キネシオ スパイラル その他()
器具	ローラーベット 牽引器(首・腰) 低周波 遠赤外線 SSP レーザー光線 干渉波 マイクロ アクチベータ ホットパック 冷パック トムソンベッド ドロップテーブル その他()
固定	テーピング 包帯 ギプス その他()
鍼灸	鍼灸の治療方針(経絡 良導絡 中医学 西洋医学 その他) 灸()

当社 使用欄		受付NO	
<<個人情報の収集・利用>> 情報の収集・利用については、職業紹介やよりよい商品情報をお届けする等、その他正当な目的の為に必要な範囲で行うものとします。		コード	AZ-1001

株式会社アルク

登録用FAX: 06-6631-7447