

# 求人申込書

(公益社団法人沖縄県栄養士会無料職業紹介所)

【受付年月日：平成 年 月 日】

フリガナ ※事業所名				
※所在地	〒			
※事業概要及び特徴	TEL FAX			
従業員数				
※代表者氏名			※担当者氏名	
採用条件	※職種	栄養士 管理栄養士		
	※採用人数	( ) 人		
	※仕事の内容(具体的に)			
	※就業形態	1.本採用 ( 正社員 ) 採用年月日 (平成 年 月) 2.契約社員 採用年月日 (平成 年 月) 契約更新 ( 有 ・ 無 ) ※契約社員期間の制限 ( ) 例：3年間 3.パート (平成 年 月～平成 年 月) 契約更新 ( 有 ・ 無 ) 4.産休補充 (平成 年 月～平成 年 月)		
	※勤務時間	( ) 時～( ) 時 (実務 時間)		
	※休憩時間	( ) 時～( ) 時		
	※所定時間外労働の有無	有り (月 / 時間) ・ 無	※休日労働の有無	有り (月 / 時間) ・ 無

※休日に関する事項（休みの日に○印をつけてください）	月・火・水・木・金・土・日 祝日 その他（例：シフト週休二日制 年間休日125日等）			
※基本給 （①～④いずれか記入）	①月給	円	※賞与 無い場合は 「0」記入	年（ ）回（ ）ヶ月
	②時給	円		
	③日給	円		
	④その他	円		
昇給有無	有 ・ 無		※福利厚生 （無い場合は 「その他」欄 に理由を記載）	健康保険 厚生年金保険 雇用保険 労災保険 その他
※通勤手当 （無い場合は 「0」記入）	円			
手当	円	マイカー通勤	有 ・ 無	
その他手当	円	※賃金支払日	毎月 日（ 締め） （例：末日締め）	
※合計	円			
その他				

（公社）沖縄県栄養士会 〒901-1105 沖縄県南風原町字新川 272-19

TEL 098-888-5311 FAX 098-888-5312

※ 沖縄県栄養士会は無料職業紹介所登録を行い、法令にのっとり掲載を行っています。採用決定後は栄養士会まで必ずご一報下さい。

※ 6時間を超え、8時間以下の場合は少なくとも45分、  
8時間を超える場合は少なくとも1時間の休憩が必要です。

※ 31日以上の雇用見込みがあり、週20時間以上働いている人は、雇用保険加入義務があります。

※ 「※印」は必ず記入してください。記入がない場合は受付け出来ません。