

# (公社) 栃木県栄養士会求人申込書

提出年月日：令和 年 月 日

依頼主職氏名

印

求人者	施設名	ふりがな 給食経営形態 直営 ・ 委託 代表者職氏名
	住所	〒 ふりがな TEL FAX
求人数	名 ( 未経験者 可 ・ 不可 )	
資格	管理栄養士 栄養士 どちらでもよい	
勤務地	〒 ふりがな 住所 施設名	
雇用形態	正職員 派遣職員 非常勤職員 臨時職員 パート職員 その他 ( )	
就業時期	令和 年 月から	
試用期間	無 ・ 有 (期間： )	
勤務曜日	月～金曜日 週5日交代制 パートタイム その他 ( )	
勤務時間	時 ～ 時 (内休憩時間 分)	
所定時間を超える勤務	無 ・ 有 (月 時間位 1日 時間位) * 固定残業代の導入： 無 ・ 有	
年次休暇	有給休暇 日 夏期休暇 日 その他 ( )	
業務内容	<input type="checkbox"/> 栄養指導業務 (主な疾病： ) <input type="checkbox"/> 特定保健指導業務 <input type="checkbox"/> 給食管理業務 ( 献立作成 調理指導 調理 ) →1日の喫食数(朝： 食、昼： 食、夕： 食) <input type="checkbox"/> そ の 他 ( ) 〔 配置人員： 管理栄養士 名、栄養士 名、調理員 名 〕	
給料手当等	<input type="checkbox"/> 月給(基本給 円) <input type="checkbox"/> 日給 ( 円) <input type="checkbox"/> 時給 ( 円) <input type="checkbox"/> 福利厚生 ( ) <input type="checkbox"/> その他手当 ( ) * 交通費 ( 円以上 ・ 実費支給 )	
保険加入の有無	厚生年金保険 有 ・ 無 労働保険(雇用保険・労災保険) 有 ・ 無 その他 ( )	
昇給	有 (年 回 円) ・ 無	
賞与	有 (年 回 ヶ月分) ・ 無	
退職金制度	有 (勤続 年以上) ・ 無	
その他の条件		

※この求人の有効期限がありましたらご記入ください。 有効期限 令和 年 月 日