

(公社) 岩手県栄養士会求人申込書

提出年月日： 年 月 日

施設名	フリガナ	給食経営形態： 直営 ・ 委託
代表者 職・氏名		
住所	〒	
	TEL	FAX
担当者 職・氏名・連絡先	TEL	
求人数	名 ( 未経験者 可 ・ 不可 )	
資格	管理栄養士 栄養士 どちらでも可	
就業場所 (住所・施設名等)	〒	
	施設名	TEL
	・転勤の可能性 無、有 ( )	
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 ( )	
雇用期間	年 月 日から ※期間のある場合 年 月 日まで ・ 契約更新 無、有 (更新の条件 更新上限 年・回)	
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)	
休日・休暇	休日 土曜・日曜・祝日・その他 ( ) 6ヶ月経過後の年次有給休暇 日 年間休日 日	
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 〕 ・ 業務内容 変更の範囲 無、有 ( )	
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( )	
社会保険等加入	健康保険 厚生年金保険 または 共済年金保険 雇用保険 労災保険	
昇給	有(年回 円) ・ 無	
賞与	有(年回 ヵ月分) ・ 無	
退職金制度	有(勤続 年以上) ・ 無	
試用期間	有(期間 / 労働条件 同条件・ 変更有 ) ・ 無	
受動喫煙対策	敷地内禁煙 ・ 屋内禁煙 ・ 喫煙室設置 ・ その他 ( ) ・ 無	
その他の条件		