

※ このページの項目をご記入の上、FAXにてお申込みください。  
 ※ 求人情報の追加・変更は求人票ご掲載後も受け付けます。

お申込み日： 年 月 日

雇用	<input type="checkbox"/> 薬局長(常勤)	<input type="checkbox"/> 一般(常勤)	<input type="checkbox"/> バイト・パート	<input type="checkbox"/> 契約社員	<input type="checkbox"/> 派遣社員

施設情報	フリガナ(カタカナ)	
	医療機関名	
	所在地	〒 -

採用担当者	ご担当者名		部署・役職	
	メールアドレス			
	電話番号			

募集内容	業務内容	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 院内製剤 <input type="checkbox"/> 医薬品管理 <input type="checkbox"/> 混注(TPN) <input type="checkbox"/> 抗がん剤ミキシング <input type="checkbox"/> DI業務 <input type="checkbox"/> 病棟業務 <input type="checkbox"/> 委員会・チーム医療 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> 医療安全管理 <input type="checkbox"/> 院内感染防止 <input type="checkbox"/> 委員会その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他業務 ( )								
	勤務曜日・時間	<input type="checkbox"/> 月曜	<input type="checkbox"/> 火曜	<input type="checkbox"/> 水曜	<input type="checkbox"/> 木曜	<input type="checkbox"/> 金曜	<input type="checkbox"/> 土曜	<input type="checkbox"/> 日曜	<input type="checkbox"/> 祝日	備考
	例) 9:00 ~ 17:00	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	
	当直勤務	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 免除可 <input type="checkbox"/> その他 ( )    想定数: 月 _____ 回程度								
	想定年収 ※正社員※	_____ ~ _____ 万円				※備考:				
	給与 ※バイト※	時給: _____ 円				※備考:				
	休日	<input type="checkbox"/> 4週 _____ 休 <input type="checkbox"/> 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 土曜午後 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	薬剤師人数	_____ 名 ( 常勤 _____ 名    パート _____ 名 )				※備考:				
	外来の扱い	<input type="checkbox"/> 院内処方 <input type="checkbox"/> 院外処方								
	特徴	<input type="checkbox"/> 未経験可(調剤未経験者) <input type="checkbox"/> 車通勤可 <input type="checkbox"/> 年間休日120日以上 <input type="checkbox"/> 残業少なめ(月10時間未満) <input type="checkbox"/> ベテラン歓迎(50代以上) <input type="checkbox"/> 産休・育休取得実績あり <input type="checkbox"/> 託児所あり <input type="checkbox"/> 電子カルテ								

## その他 問い合わせ内容

メディウェルのサービスについて知りたい                       採用動向が知りたい                       料金について知りたい

補足事項、ご連絡事項等御座いましたらこちらにご記入ください。

ご記入ありがとうございました。  
 ご回答頂いたご連絡先に弊社コンサルタントより改めてご連絡させていただきます。  
 お申し込みにあたっては Webにて「個人情報に関する公表事項( <https://www.mediwel.net/privacy/publication/> )」  
 「利用規約( <https://www.mediwel.net/term/> )」をご確認ください。申込みいただきましたら、こちら同意したものとさせていただきます。  
 また、求人の詳細確認等などお電話をさせていただく場合もございますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

FAX送信先

FAX: 03-3447-6812

株式会社メディウェル行