

年 月 日

求人情報登録申込書

川崎市病院事業管理者 あて

「川崎市病院局企業職員の再就職に関する取扱要綱」に則り、次のとおり川崎市離職職員に対する求人情報を登録いたしますので、人材情報の提供をお願いいたします。

○団体情報

(ふりがな)										
法人名称										
代表者役職・氏名										
所在地	(〒 -)									
事業概要										
本市との関係	<p>※契約・補助金・許認可・検査・処分等、関係する業務の詳細と本市における担当部署を記入ください。</p> <p>※表には、直近5年分の金額・件数等を記入ください。</p> <p>※契約、補助金等、本市から支出を受けている場合、法人全体の収入額と市からの支出額・割合が分かる資料を添付してください。</p>									
						年度	年度	年度	年度	年度
						契約(千円)				
						補助金(千円)				
						許認可(件)				
						検査(件)				
	()									
本市離職職員の就職状況 (氏名及びポスト)										
担当者連絡先等	担当者氏名 _____ (電話 - -) E-mail: _____ ホームページ _____									

○求人内容

雇用期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日(更新 有・無__回)
職種・役職名	
職務内容	

必要な知識・経験 (資格・免許等)	
本市離職職員を求人する理由 ※本市出資法人については、「出資法人の経営改善及び連携・活用に関する指針」を踏まえ、詳細をご記入ください。	
当該職の公募状況 ※本市出資法人のみ記入。「出資法人の経営改善及び連携・活用に関する指針」を踏まえて、詳細をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない 理由：
勤務地	(最寄り駅： 線 駅)
勤務形態等	<input type="checkbox"/> 常勤 [週 日勤務 時 分 ~ 時 分] ※不規則勤務の場合は、ローテーション表等提出してください。 <input type="checkbox"/> 非常勤 [週・月 日勤務 時 分 ~ 時 分]
給与・報酬	基本給 月額 円 (交通費の支給 有・無) 手当関係 月額 円 (ボーナスの支給 有・無)
	諸手当を含めた年収(通勤手当除く) 円
その他 社会保険等	健康保険 (有・無) 、 厚生年金 (有・無) 雇用保険 (有・無) 、 その他
「地方公務員法」、「川崎市職員の退職管理に関する条例」及び「川崎市病院局企業職員の再就職に関する取扱要綱」の趣旨を踏まえたうえで、本申込書を提出します。	<input type="checkbox"/> 同意する

市記入欄