

整理番号 No. **23-7**

申込年月日 25年 5月 31日

求人票

求人の内容	人数	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養士(/ 人) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(人)	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> フルタイム (<input type="checkbox"/> 正社員 ・ <input type="checkbox"/> 非正社員) (人) <input checked="" type="checkbox"/> パートタイム (人)	
事業所名	フリガナ <u>カガシカイシ</u> <u>シービーエム</u> <u>株式会社</u> <u>シービーエム</u>		
代表者職・氏名	フリガナ <u>ダイヒョウトリシマセク</u> <u>オオスギ シゲヤ</u> <u>代表取締役</u> <u>大杉 彬也</u>		
所在地	〒 <u>4130101</u> <u>浜松市中区西浅田 1-9-20</u>		
担当者 職・氏名	栄養士会事務局へお問い合わせください TEL 054-282-5507		
連絡先(電話番号)	栄養士会事務局へお問い合わせください TEL 054-282-5507		
創業	<u>1975</u> 年	資本金	500万円 (うち出資者) <u>570万円</u> (うち借入金) <u>270万円</u>
		従業員数	企業全体 <u>880</u> 人 就業場所 <u>8</u> 人 (うち女性 <u>4</u> 人) (うちパート <u>4</u> 人)
			労働組合 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
業務内容	仕事の内容について、職場環境を含め、できるかぎり具体的に記入してください。 <u>販売作成 (特別養護老人ホーム)</u>		
労働契約の期間	雇用開始年月日: <u>採用後、相違ない決定</u> (期間の定めがある場合は、その契約期間を記入してください。)		
就業場所 (所在地・名称)	〒 <u>4130101</u> <u>袋井市宇刈 850-1</u> (名称) <u>特別養護老人ホーム 明和苑 (内務)</u>		
	受動喫煙対策 <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 屋内禁煙 ・ <input type="checkbox"/> 喫煙室設置) ・ <input type="checkbox"/> なし		
就業時間	始業及び就業の時刻、所定労働時間を越える労働の有無について記入してください。 <u>9:00 ~ 15:00 の間と 4時間以上の勤務 (時間外は別途)</u>		
休日等	休日(定休日)、休暇(年次有給休暇)等について記入してください。 <u>土・日・祝</u>		
労働条件	賃金形態	<input checked="" type="checkbox"/> 時間給 (<u>1,300</u> 円 ~ 円) <input type="checkbox"/> 日給 (円 ~ 円) <input type="checkbox"/> 月給 (円 ~ 円) <input type="checkbox"/> 年俸制 (円 ~ 円) <input type="checkbox"/> その他 (円 ~ 円)	
	試用期間	試用期間中の労働条件が異なる場合は、その条件を詳しく記入してください。 無 ・ (有) (期間: <u>3ヶ月</u> 条件: <u>なし</u>)	
	通勤手当	実費(上限 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 毎月 <u>20,000</u> 円まで	
	昇給(実績)	※ベースアップ込みの前年度実績 月あたり あり (円)	
	賞与(実績)	※前年度実績 あり 年 回 計 月分または 万円 ~ 万円	
加入保険等	雇用 労災 公災 健康 厚生 財形 厚生年金基金 退職金共済 退職金制度 あり(勤続 年以上)		