

# 求 人 票

[薬剤師]

組 織 概 要	フリガナ 組 織 名	ヒロシマケンコウセイノウキョウトウクミアイレングウカイ 広島県厚生農業協同組合連合会		代 表 者	代表理事理事長 岡田 仁志	
	本 所 所 在 地	〒730-0051 広島市中区大手町三丁目13番18号 松村ビル6階		設 立	昭和23年8月	
		TEL(082)-241-0748		資 本 金	26億3,078万円	
	事業内容	医療事業(総合病院の運営等)		事業収益	316億 716万円	
	従業員数	計 2,175 名		株 式	非上場	
事業所	尾道総合病院 吉田総合病院 広島総合病院 老人保健施設 等					
勤 務 条 件	勤 務 地	県内3事業所 (尾道・吉田・広島)		平成30年4月1日 勤務予定病院	尾道総合病院(393床) 広島総合病院(561床)	
	勤務時間	平日8時30分～17時00分(夜勤有り)				
	休 日	完全週休二日 祝日・年末年始		休 日	有給休暇(11日付与 最大30日) リフレッシュ休暇(9日)	
	退職金制度	10年:12ヵ月・20年:34.5ヵ月・30年:54.5ヵ月・36年以上:65.0ヵ月(定年等の場合) ※年限の計算は57歳に達した年度末で終わる。				
初 任 給	初任給 (平成28年度実績)		賞与	年2回		
	基本給	205,700 円	試用期間	有		
	特別調整手当	6,000 円				
	合計	211,700 円				
	※6年卒者初任給		昇 給	年1回		
【諸手当】			社会保険	健康保険・厚生年金 雇用保険・労働保険		
住宅手当(独身者)	12,500 円		労働組合	有	寮	無
通勤手当(上 限)	100,000 円					
その他各種手当あり						
募 集 日 程 内 容	採用予定者	平成30年3月卒業予定者(平成30年国家試験受験予定者)又は有資格者				
	締 切 日	平成30年2月13日(火) 必着		求 人 数	若干名	
	試 験 日	平成30年2月28日(水)		選考内容	筆記試験(一般常識) 適性試験・小論文・面接	
	試験会場	広島市中区大手町三丁目13番18号松村ビル6F 広島県厚生農業協同組合連合会 TEL:082-241-0748		病院見学	希望があればその都度実施します 希望病院人事課へ問合せ下さい	
	提出書類	新規学卒者 ①履歴書(当会指定のもの) ②卒業見込証明書 ③成績証明書 ④健康診断書(大学等で受診した結果) 既卒者 ①履歴書(当会指定のもの) ②健康診断書(身長、体重、聴力、視力、胸部レントゲン、尿検査、血圧) ③資格免許証の写④成績証明書(卒後3年以内の者)			尾道総合病院人事課 TEL:0848-22-8111 広島総合病院人事課 TEL:0829-36-3111	
書 類 提 出 先	〒730-0051 広島市中区大手町三丁目13番18号 松村ビル6階 広島県厚生農業協同組合連合会 人事部 人事課 <〇〇(※希望職種) 応募書類在中>と明記をお願い致します。 TEL(082)-241-0748 FAX(082)-245-0487 E-mail zinzi@hirokouren.or.jp					
【 備 考 】	事業概要はホームページをご覧ください。 <a href="http://www.hirokouren.or.jp/">http://www.hirokouren.or.jp/</a> 最寄り:JR山陽本線 広島駅 からバスで約20分(市役所前)					

※ ※

# 履 歴 書

年 月 日現在

フリガナ			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	( 写 真 ) 縦4cm×横3cm  写真の裏面に氏名を 必ず記載すること
氏 名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 )				
現 住 所	〒 (      -      )	電話	市外局番 (      ) -      -		
		携帯	〒 (      -      ) アドレス		
休暇中又は帰省中の連絡先	〒 (      -      ) (      ) 様方		電話	市外局番 (      ) -      -	

◆受験票等の送付を現住所ではなくこちらの住所へ ( 希望する ・ 希望しない )

元号	年	月	学歴 (高等学校卒業から記入)

元号	年	月	職歴	退職年月	実勤務期間
					年 月

記入注意 1. 鉛筆以外の黒の筆記具で記入 3. □の該当欄は ✓ で記入  
 2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く 4. ※印のところは記入不要

履歴書記入の個人情報は、本会の「個人情報保護に係る規程等」に従い利用目的の範囲内で取り扱います。

氏名	
----	--

年	月	免許・資格取得区分	免許・資格
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	

志望の動機

得意な科目・分野・研究課題

趣味・スポーツなど	性格の長所

勤務希望病院（採用予定病院が複数ある場合はご記入ください。第一希望のみの場合は第二希望以下を空白にして下さい）			転勤について
第1希望	第2希望	第3希望	将来転勤をお願いした場合 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
総合病院	総合病院	総合病院	

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族（配偶者を除く）
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人

本人希望記入欄（特に給料・職種・配属部署・勤務時間・その他についての希望などがあれば記入）

※厚生連記入欄

