

(公 社) 茨 城 県 栄 養 士 会 求 人 票

提出年月日：平成 年 月 日

依頼主職氏名

印

求人者	施設名	ふりがな 給食経営形態 直営 ・ 委託 代表者職氏名 印
	住所	〒 ふりがな TEL FAX
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 の時には と の場合の 両方の給与を提示して下さい。	
勤務地	〒 ふりがな 住所	施設名
雇用形態	正職員 契約職員 非常勤職員 その他 ()	
就業時期	平成 年 月から	
勤務曜日	月～金曜日 週5日交代制 その他 ()	
勤務時間	時 分 ~ 時 分 (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)	
年次休暇	有給休暇 日 夏期休暇 日 その他 ()	
業務内容	栄養指導業務 (主な疾病:) 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) その他 () [配置人員 : 管理栄養士 名、栄養士 名、調理員 名]	
給料手当等	管理栄養士の場合 月給(基本給 円) 日給(円) 時給(円) その他手当(: 円)	
	栄養士の場合 月給(基本給 円) 日給(円) 時給(円) その他手当(: 円)	
* 交通費 (上限 円 ・ 実費支給)		
保険加入の有無	厚生年金保険 有 ・ 無 , 労働保険 (雇用保険・労災保険) 有 ・ 無 その他 ()	
昇給	有 (年 回 円) ・ 無	
賞与	有 (年 回 カ月分) ・ 無	
退職金制度	有 (勤続 年以上) ・ 無	
その他の条件		

* 該当する内容に
チェックをして下さい。

* 該当する内容に
チェックをして下さい。