

受付日	23.6.28	施設コード	07-40	業種	32	採用枠	留学生	障がい	担当者	目々澤
-----	---------	-------	-------	----	----	-----	-----	-----	-----	-----

求人申込書 (2023年度版)

求人者	ふりがな	いっばんざいだんほうじん のうしんけいしつかん けんきゅうじょ				ふりがな	ふぞく みなみとうほく ふくしまびょういん			
	法人名	一般財団法人 脳神経疾患研究所				事業所名	附属 南東北福島病院			
	所在地	〒 960 - 2102 福島県福島市荒井北3-1-13					業 種 事業内容	病院 医療、リハビリテーション		
	書 類 提出先	〒 960 - 2102 福島県福島市荒井北3-1-13 事務室 総務課 菅野宛					系 列	医療	設 立	明・大・昭 ^平 14年
	代表者名	役 職 名 院長 菅野 智之					資本金	万円	年 商	万円
	リハ人事 担当者 連絡先	役 職 名 リハビリテーション科 氏 名 藤田 卓也、佐藤 雄策 TEL 024-593-5100(代)内線5438 FAX 024-593-1115(代)					従業員数	約304 名 (男 84名・ 女 220名)		
							ホームページ	http:// www.f-str.jp		
							メールアドレス	fstr.rehabilitation@gmail.com		
職員内訳		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	看護師	MSW	PSW	相談員・指導員	介護職員
		52 名	21 名	7 名	3 名	109 名	6 名	0 名	0 名	13 名

採用条件	採用職種	求人数	職務内容	勤務先	必要とする履修学科・資格等
	理学療法士	若干	理学療法業務	南東北福島病院(福島県福島市)	理学療法士を取得または取得見込であること
	作業療法士	若干	作業療法業務	南東北福島病院(福島県福島市)	作業療法士を取得または取得見込であること
				都・道	市 郡

勤務条件・その他の条件	初任給 (現行見込)	職種別						雇用期間の定め		有 (年 月 迄) ・ 無		
		区分	理学療法士		作業療法士				賞 与	年 2 回 4 ヶ月		
		基本給(諸手当含む)	237,500 円		237,500 円		円		昇 給	年 1 回 % 円		
		手当	円		円		円		通 勤 費	月 50,000 円まで		
		住宅 手当	最高15,000 円		最高15,000 円		円		職 員 寮	有 ・ 無	組 合	有 ・ 無
		手当	円		円		円		退職金制度	有 (最低 年勤続) ・ 無		
	計(税込)	237,500 円		237,500 円		円						
	勤務時間・休日	交替制	有 ・ 無 (交替制)		残業時間		月平均 時間		転 勤	有 ・ 無		
		平 日	8 時 30 分 ~ 17 時 0 分		休 日		土曜・日曜・祝祭日・他 (曜)			加入 保険	・健康・厚生	
			時 分 ~ 時 分		週休2日制		有 (完全・隔週 (月 10 日程度)) ・ 無		・雇用・退職金			
			時 分 ~ 時 分		有給休暇		初年度 15 日・次年度 16 日		・労災・財形			
		曜日	時 分 ~ 時 分		大学院生の応募		(可) ・ 否		・その他 ()			
変形労働時間制		有 (補足事項に記入) ・ 無		前年既卒の応募		(可) ・ 否						

提出書類	履歴書(写真 1 枚)								
	卒業見込証明書								
	成績証明書								
	健康診断書								
携行品	その他	()							
	筆記用具								
	印鑑								
		その他()							

補足事項(勤務形態・雇用期間・勤務時間・設備・環境・求める人物像など)

雇用形態: 常勤。

勤務病棟: 一般(急性期)病棟、回復期リハビリテーション病棟、(隣接老健勤務や訪問リハの機会あり)。特徴: 自己完結型

診療科: 脳神経外科、整形外科、外科、心臓血管外科、神経内科、形成外科、麻酔科、リハビリテーション科、ほか

求める人材: 向上心や向学心があり、コミュニケーションを円滑に取れるか、またはその努力ができる方。

※2023年8月6日にオンラインおよび対面式での就職説明会を予定しております。ご興味のある方は電話にて連絡お願いいたします。

南東北福島病院 リハビリテーション科 藤田卓也・佐藤雄策 電話番号: 024-593-5100(代)

※	受付日	月 日	郵・来・FAX・Eメール()	求人	PT・OT・ST・HN・HS・NR・SW・()	県内・県外	受付番号
---	-----	-----	-----------------	----	--------------------------	-------	------

※印欄は記入しないでください。