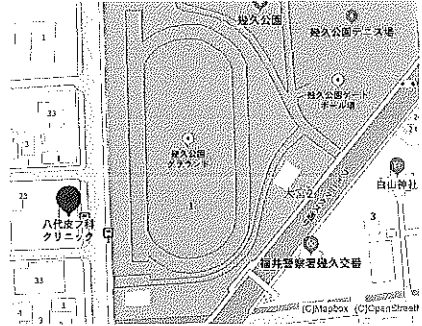


求 人 票

※太枠内をご記入ください

事業所名	医療法人 調和会		連絡先	0776-22-2144代表	
			担当	部署	八代 浩
勤務先名	八代皮フ科クリニック		募集人数	数名	
住所	福井市大宮2-3-32			男女別などの求人はできません。また留学生限定アルバイト募集もできません。	
略 図			仕事内容	出来るだけ具体的に記入してください。 医療事務、電話対応、清掃、業務補助	
最寄の停留所(駅)	停留所(駅名)	から徒歩	職 種	<input checked="" type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> イベント <input type="checkbox"/> その他 ()	
	スマイルバス 宮前町	0 分			
勤務期間	2026年 4 月 ~ 年 月 日(曜日)		賃 金	<input type="checkbox"/> 日給 <input checked="" type="checkbox"/> 時給 <div style="text-align: right;">1100~1500 円</div>	
勤務日数 A短期かB長期のどちらかに記入してください。	①:短期 日 <input type="checkbox"/> のみ <input type="checkbox"/> 以上		交通費	②:長期 週 1 日 <input type="checkbox"/> のみ <input checked="" type="checkbox"/> 以上	
	休日 日・祝日・(木)曜日			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 10000 円 <input type="checkbox"/> 一律 <input type="checkbox"/> 実費支給 <input checked="" type="checkbox"/> ~まで <input type="checkbox"/> 定期代 当院規定に準ずる	食事 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 支給回数 () 回 _____ 円 <input type="checkbox"/> 一律 <input type="checkbox"/> 実費支給 <input type="checkbox"/> ~まで
勤務時間 24 時間制で必ず記入してください。	9 時 00 分から	休憩時間	賃金支払		
	18 時 00 分まで	60 分	<input type="checkbox"/> 終了時 <input type="checkbox"/> 日払い <input type="checkbox"/> 週払い <input type="checkbox"/> 月払い () 日 <input checked="" type="checkbox"/> 振込 (25) 日		
一回あたりの実労時間を記入してください	上記時間内の3時間~8時間		備 考	当院は医療施設であるため、医学部の学生を優先いたします。白衣があれば持参してください。	
※勤務日数・時間等特記事項	勤務日数や時間は要相談。午前、午後のみでも可				
残 業	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり @ 円 x 時間				
求人掲示に際し、要項および職種制限基準を確認し記載しており、またアルバイト雇用にあたっては労働基準法など関連法令を順守することを制約します。裏面(別紙)の求人募集チェック事項について内容を確認し、自己点検の上で応募を行っています。					
事業所名 医療法人 調和会			担当者署名 八代 浩		

求人番号	25 - 119
求人申込日	2026年3月20日(金) 曜日
掲示開始日	2026年3月24日(火) 曜日

〒910-8525 福井県福井市文京3-9-1 福井大学内
 福井大学生生活協同組合・アルバイト情報担当
 Tel 0776-21-2956 Fax 0776-21-2990