

校 長	教務 部長	PT 学科長	OT 学科長	ST 学科長	担任	総務 課長	学生 課長	教務 課長	事務長 (確認)

提出日 令和 年 月 日

就職先内定届

関西総合リハビリテーション専門学校長 様

学 科 学 年
 学籍番号
 ふりがな
 氏 名 印
 電話番号 — —

下記の通り就職が内定しましたので届出します。

内 定 施 設 名 称	(法人種別) (法人名) (名称)		
内 定 施 設 住 所	〒		
内 定 施 設 連 絡 先		内 定 日	年 月 日
就職先種別 ※該当するものに ○をつけてください	1.病院(整形外科) 2.病院(リハビリ) 3.病院(1,2 以外) 4.診療所(整形外科) 5.診療所(リハビリ) 6.診療所(4,5 以外) 7.介護老人保健施設・老人ホーム 8.障害者支援施設 9.一般企業 10.公務員(行政職) 11.教育施設 12.進学 13.その他(法人一括採用等)		
内定通知書 コ ピ ー	有 無 ※要添付のこと		
居住地住所 ※就職後の住所が決まっ ている場合に記入くださ い	〒		

※上記情報は、OB 会名簿作成に使用することをご了承ください。

- 卒業学科 理学療法学科 作業療法学科 言語聴覚学科
 性別 男性 女性
 卒業時の年齢 20歳代 30歳代 40歳代
 入学時は？ 高校新卒 大学・専門学校新卒
 大学・専門学校中退 社会人経験を経て

1. あなたが就職先を選択するにあたり重視した順位（1 2 3）を□に記入してください

- 労働条件について 仕事について 勤務先について

2. 2. の設問で重視した順位1にされた項目の中でポイントとなったものを次から3つ選んで重要視した順位（1 2 3）を□に記入ください

「労働条件について」を1にされた方

- 賃金・賞与額 勤務日数・労働時間
 休日・休暇日数 勤務時間帯・曜日
 通勤距離・通勤の便利さ 雇用形態
 社会保険加入の有無 福利厚生
 その他（ ）

「仕事について」

- 仕事の内容
 研修体制が整備されている
 昇進の見込がある
 その他（ ）

「勤務先について」

- 経営体制 法人や事業所の運営方針、施設の方針
 知名度 規模、安定性・将来性
 新しい施設や事業所 職場の人間関係や雰囲気
 その他（ ）

4. 就職先は、実習先でしたか？（□にチェック☑を入れてください）

- はい いいえ

◎ご協力ありがとうございました。

