

# 千葉県立保健医療大学職業紹介業務運営規程

## (趣 旨)

第1条 この規程は、職業安定法（昭和22年法律第141号。以下「法」という。）

第33の2の規定に基づき、千葉県立保健医療大学（以下「本学」という。）において行う無料の職業紹介業務に関して、必要な事項を定めるものとする。

## (職業紹介業務の範囲)

第2条 職業紹介業務の範囲は、本学の学生及び卒業生（本学を卒業後1年以内の者に限る。）（以下「学生等」という。）の就職を対象とし、学生本人の意思を尊重し、適正に職業紹介を行う。

## (職業紹介業務の担当者)

第3条 本学における職業紹介に関する業務担当者は、学生支援課長とする。

## (求人票)

第4条 本学に対して求人の申込みをする者は、学生支援課へ本学所定の求人票（別記様式第1号-1）、または歯科衛生士求人票（別記様式第1号-2）を提出するものとする。

## (労働条件の明示)

第5条 前条の求人の申込みをするにあたっては、業務の内容、賃金、労働時間その他労働条件を明示しなければならない。

## (求人申込みの受理範囲)

第6条 求人の申込みは、すべて受理するものとする。ただし、次の各号の一に該当するときは受理しないものとし、この場合においては、その理由を説明するものとする。

- 一 求人申し込みの内容が法令に違反するとき。
- 二 賃金、労働時間その他の労働条件が通常の労働条件と比べて著しく不相当であると認めるとき。
- 三 その職業が教育課程にかんがみ、学生等の就職として不相当であると認めるとき。

## (求職票)

第7条 求職の申込みをする者は、本学所定の求職票（別記様式第2号-1）を学生支援課に提出しなければならない。また、相談を受けた者は、相談記録（別記様式第2号-2）を記載するものとする。

## (求職の受理範囲)

第8条 求職の申込みは、すべて受理するものとする。ただし、求職申込みの内容が法令に違反するとき、又はその職業が教育課程に鑑み、適切でないと認めるときは、受理しない。

(職業紹介の原則)

第9条 職業紹介にあたっては、原則として、求職者に対しては、その希望と能力に適合した職業を紹介するものとし、求人者に対しては、その労働条件に適合した者を紹介するものとする。

2 紹介に際しては、求職者に、紹介時において、従事することとなる業務の内容、賃金、労働時間その他の雇用条件をあらかじめ書面の交付により明示することとする。

(紹介状の発行)

第10条 求職者を求人者に紹介するに当たっては、本学所定の紹介状（別記様式第3号）を発行するものとする。

(推薦状の発行)

第10条の2 求職者を求人者に紹介するにあたっては、求人者から推薦状（別記様式第4号）の求めがある場合には、これを発行するものとする。

(均等待遇)

第11条 職業紹介の業務を行うにあたっては、求人者及び求職者に対して、その申込みの受理、面接、指導及び紹介等の業務について、人種、国籍、信条、性別、社会的身分、門地等を理由として、差別的な取り扱いをしてはならない。

(労働争議中の事業所への紹介)

第12条 本学は、労働争議に対して中立の立場を維持するため、同盟罷業又は作業所閉鎖が行われている事業所に対しては、求職者の紹介はしない。

(書類の保管)

第13条 職業紹介の業務に関する書類は、事務局学生支援課が保管するものとする。

(守秘義務)

第14条 職業紹介の業務に従事する者は、求職申込者、求人申込者、その他の者から職務上知り得た個人的な情報を秘密とし、正当な理由なくして他に漏らしてはならない。その職務を退いた後においても同様とする。

(求職者の個人情報の取り扱い)

第15条 求職者の個人情報を収集し、保管し、又は使用するにあたっては、その業務の目的の達成に必要な範囲内で行わなければならない。

2 求職者の個人情報の適正管理に関し必要な事項は、別に定める。

(報告義務)

第16条 求人者は、求職者の紹介を受けたときは、速やかに採否の結果を本学に書面又はメールにより報告しなければならない。採用内定を取り消し、又は撤回したときも同様とする。

- 2 求職者は、採否が決定したときは、速やかに本学に報告しなければならない。
- 3 本学は、法第33条の2第7項において準用する法第32条の16の規定に基づき、職業紹介に関する事項について、所轄の公共職業安定所に対し、必要な報告を行うものとする。

(規程の改廃)

第17条 この規程の改廃は、教授会の議を経るものとする。

(雑則)

第18条 この規程に定めるもののほか、職業紹介の業務運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則 (平成24年3月22日教授会承認)

この規程は、平成24年3月22日から施行する。

附 則

この規定は、平成30年10月1日から施行する。

# 求人票

千葉県立保健医療大学

求人先	社名(法人等)									代表者氏名			
	本社(本部)所在地									人事担当者職氏名			
	書類提出先、TEL									創 立			
	支社・工場・営業所									資 本 金	年商		
	事業内容									ベッド数			
採用条件	大卒採用予定者数	名	推薦 依頼書	学科 人数	看護	栄養	歯科	理学	作業	従業員 名	男性( ) 女性( )		
	勤務時間										年 月 現行・見込		
	残業の有無	有・無	月の平均残業時間( 時間)								基本給		
	休憩時間										手当		
	休日										手当		
	年次有給休暇	初年度	日	2年目から	日	づづ加算						* <sup>2</sup> 手当	
	職種										計		
	仕事の内容										※賃金形態	月給制・日給制・日給月給 時間給・その他( )	
	勤務予定地										賞 与	年 回 約 ヶ月分	
	※試用期間	有( )・無									昇 給	年 回 約 %	
* <sup>1</sup> その他の条件										※退職金	有・無 最低 年以上		
採用試験	方法										提出書類	履歴書 健康診断書 卒業見込証明書 成績証明書 推薦書 人物調査書 その他	
	応募締め切り	1次試験				2次試験				福利厚生			
		月 日				月 日							
	試験日	月 日 時 分				月 日 時 分							
	場 所										※社会保険	厚生年金	
	試験科目										健康保険		
	携 行 品										雇用保険		
※旅 費	支給する (全部・一部) ・支給しない										寮 有・無		
										寮 費	円		
										食 費 ( 食)月額	円		
参考事項										代表者 職氏名 印	印		

\*<sup>1</sup> 裁量労働制、派遣労働者雇用などの条件については、「採用条件のその他の条件」に記入

\*<sup>2</sup> いわゆる固定残業代については、「手当」に詳細を記入

# 求人票

求人先	社名(法人等)								代表者氏名					
	本社(本部)所在地								人事担当者職氏名					
	書類提出先								創	立				
	支社・工場・営業所								資	本	金	年商		
	事業内容								ベッド数					
採用条件	大卒採用予定者数	名	推薦 依頼書	学科	看護	栄養	歯科	理学	作業	従業員 名	男性( )			
			人数								女性( )			
	勤務時間								待 遇	年	月	現行・見込		
	残業の有無	有・無	月の平均残業時間( )					時間)		年俸				
	休憩時間									手当				
	休日									手当				
	年次有給休暇	初年度	日	2年目から			日	日		日	手当			
	職	種								計				
	仕事の内容									※賃金形態	月給制・日給制・日給月給 時間給・その他( )			
	勤務予定地									賞	与	年	回	約
その他の条件								昇		給	年	回	約	%
方法								※退職金		有・無	最低	年	以上	
採用試験	応募締め切り	1次試験			2次試験				提出 書類	履歴書 健康診断書 卒業見込証 推薦書 明書 成績証明書 人物調査書 その他				
		月	日		月	日								
	試験日	月	日	時	分	月	日	時					分	
	場所													
	試験科目													
携	行	品								福 利 厚 生	※社会保険	厚生年金		
※旅	費	支給する	(全部・一部)	・支給しない					寮		有・無			
											寮	費	円	
											食	費(食)	月額	円
参考事項								代表者職氏名印	印					



# 歯科衛生士求人票

千葉県立保健医療大学

※受付番号				※受付年月日						
求人先	名称									
	所在地			医院長名						
	紹介者 職・氏名			人事担当 TEL						
募集人数		名		診療内容	一般・小児・口腔外科・矯正 その他( )					
採用条件	勤務時間	時	分	～	時	分				
	診療時間	時	分	～	時	分				
	基本給	円		歯科医師	常勤	名	非常勤	名		
	手当	円		歯科衛生士	常勤	名	非常勤	名		
	手当	円		歯科助手				名		
	手当	円		歯科技工士				名		
	* <sup>1</sup> 手当	円		受付・事務員				名		
	計	円		ユニット台数				台		
	交通費	全額 一部( 円まで)		医院紹介および採用者への希望事項						
	賞与	年	回						約	ヶ月
	昇給	年	回						約	%
	退職金	有(勤務 年以上) 無								
	研修会 出席	認める(旅費支給有・無) 認めない								
休診日										
年次有給休暇			提出書類	履歴書 その他( )						
試用期間	有( ) 無									
* <sup>2</sup> その他の条件										
加入保険	健康保険(社保・歯科医師会国保) 厚生年金 雇用 労災(加入に○)									
保険料の雇用主側の負担率	全額	半額	負担なし	その他( )						
勤務地略図				交通機関						
				最寄り駅	「	」線	駅			
					「	」線	駅			
				バス			分			
				徒歩			分			
※採用決定者氏名										

\*<sup>1</sup>いわゆる固定残業代については、「手当」に詳細を記入

\*<sup>2</sup>裁量労働制、派遣労働者雇用などの条件については、「採用条件のその他の条件」に記入

※は記入不要

# 歯科衛生士求人票

千葉県立保健医療大学

※受付番号				※受付年月日					
求人先	名称								
	所在地			医院長名					
	紹介者 職・氏名			人事担当 TEL					
募集人数		名		診療内容	一般・小児・口腔外科・矯正 その他( )				
採用条件	勤務時間	時	～	時					
	診療時間	時	～	時	歯科医師	常勤	非常勤 名		
	基本給	円		歯科衛生士	常勤	非常勤	名		
	手当	円		歯科助手	名				
	手当	円		歯科技工士	名				
	手当	円		受付・事務員					
	計			ユニット台数	台				
	交通費	全額 一部 (		医院紹介および採用者への希望事項					
	賞与	年	回 約						ヶ月
	昇給	年	回 約						%
退職金	有(勤務 年以上)								
研修会 出席	認める(旅費支給有・無) 認めない								
休診日									
年次有給休暇			提出書類	履歴書 その他( )					
加入保険	健康保険(社保・歯科医師会国保) 厚生年金 雇用 労災(加入に○)								
保険料の雇用主側の負担率	全額		半額	負担なし	その他(				
勤務地略図				交通機関					
				最寄り駅 「	」線				
				「	」線				
				バス	分				
				徒歩	分				
※採用決定者氏名									

※は記入不要です

# 求 職 票

令和 年 月 日現在

学科・専攻名	学科	専攻	年
学籍番号			
フリガナ			
氏名・性別	男 ・ 女		
生年月日・年齢	昭和・平成	年	月 日 ( )才
現住所	〒  E-Mail: _____ 自宅電話: _____ 携帯電話: _____		

1. 就職希望地 ○で囲む

県内 ・ 県外 ( 都・道・府・県 ) ・ 未定

2. 就職希望先 ○で囲む

①医療機関      ②介護・福祉施設      ③公務員      ④教員  
⑤企業      ⑥その他 (                      )      ⑦未定 (                      )

3. 特に希望する就職先: \_\_\_\_\_

4. 希望職種: \_\_\_\_\_

5. 担当指導教員名: \_\_\_\_\_

様式第2号-2

相談記録

学籍番号

氏名

相談日・時間	内容	(対応者氏名)
年 月 日 ( ) : ~ :		( )

様式第3号

# 紹 介 状

紹介年月日 令和 年 月 日

あて 施設名  
職・氏名 御中

採用施設所在地  
採用施設電話番号  
勤務先施設名  
勤務先施設所在地

さきに申し込みのありました求人について本学の学生及び卒業生（本学を卒業後1年以内の者に限る。）を紹介いたします。

千葉県立保健医療大学 健康科学部  
○○○○学科・○○○学専攻 学生氏名○○ ○○  
職種  
雇用形態（常勤・非常勤）

千葉県立保健医療大学 学生支援課  
〒261-0014  
千葉県千葉市美浜区若葉2丁目10番1

電 話：043-296-2000  
F A X：043-247-6620

様式第4号

# 推 薦 状

令和 年 月 日

あて 施設名  
職 氏名

千葉県立保健医療大学  
学 長

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。  
さて、このたび下記の学生から貴施設への就職について希望があり、本学  
において慎重に選考いたしました結果、貴意に副う人物と認められます。  
つきましては、関係書類を添えて推薦いたしますので、何とぞ格別の御詮  
議により御採用賜りたくお願い申し上げます。

## 記

令和 年 月 卒業見込み  
○ ○ ○ ○ 学科 氏 名 ○ ○ ○ ○

推薦理由

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

記載者職氏名

印