

(法人名欄)  
個人事業主の方は記入不要です。

(雇用形態の定め)  
正社員  
契約社員 など  
(雇用期間の定め)  
正社員の場合は、期間の定めはありません。

(屋内の受動喫煙対策)  
屋内における受動喫煙対策の実施状況をご記入ください。

(加入保険等) (重要)  
漏れがないように綺麗にチェックしてください。

(就業に関する特記事項)  
休憩時間のことなどを記入してください。

(年間休日日数)  
正社員の求人場合は記入してください。特別休暇も加算した場合は、就業時間に関する特記事項にそのことを記載してください。

(必要資格)  
求人に際し、必要な資格に☑してください。  
理容師・美容師以外の資格が必要な場合はその他に☑し括弧にご記入ください。

(補足事項)  
企業のアピールポイントなどを記入してください。

(修得者コース)  
理容師・美容師の両資格取得のために学ぶコースです。  
昼間課程卒業後、引き続き半年間通信課程に在籍します。  
通信教育を卒業する9月までに毎月(平日)2～5日程度、合計13日間、本校にて面接授業を行います。  
・面接授業の出席に協力いただける場合…「可」にチェックしてください。  
・ 「 」 が難しい場合…「不可」 「 」

No. \_\_\_\_\_

**求人票** (2025年3月 卒業生対象)

(フリガナ) 店舗名(本店)		(フリガナ) 代表者名	
(フリガナ) 法人名		事業内容	
本店所在地 〒 -		資本金( 万円)	
〒 -		最寄り駅( )	
〒 -		住所	
職種		仕事の内容	
求人番号		求人種別	
雇用形態の定め <input type="checkbox"/> 正社員 ・ <input type="checkbox"/> その他( )		就業規則 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> なし	
雇用期間の定め <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 有( )		宿舍施設 <input type="checkbox"/> 有(月額 円) ・ <input type="checkbox"/> なし	
屋内の受動喫煙対策 <input type="checkbox"/> 有(屋内の受動喫煙対策: <input type="checkbox"/> 禁煙 ・ <input type="checkbox"/> 喫煙室あり) ・ <input type="checkbox"/> なし(喫煙可)		屋内の受動喫煙対策に関する特記事項:	
基本給(月額) 円		通勤手当(月額) 円	
手当 円		全額・( ) 円	
手当 円		賞与(前年実績) 円	
合計(税込) 円		年間(回)・計(カ月)	
賞与に関する特記事項(固定給等特記事項)		昇給(前年実績) 年間(回)・約( 円)	
賃金に関する特記事項(固定給等特記事項)		賃金締切日 毎月( 日)締め	
		賃金支払日( <input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 翌月) 毎月( 日)払い	
		加入保険等	
		●労働保険・ <input type="checkbox"/> なし	
		●雇用保険・ <input type="checkbox"/> 労災保険	
		●社会保険・ <input type="checkbox"/> なし	
		●健康保険・ <input type="checkbox"/> 厚生年金	
		その他( )	
就業時間 時 分 ~ 時 分		就業(前年実績) <input type="checkbox"/> 有(平均 時間)/月 ・ <input type="checkbox"/> なし	
① 時 分 ~ 時 分		就業時間に関する特記事項(休憩時間等)	
② 時 分 ~ 時 分			
休日 毎週( )曜日		特別休暇 <input type="checkbox"/> 有( )	
( )		休暇年間( 日) ・ <input type="checkbox"/> なし	
試用期間 有無 <input type="checkbox"/> 有( カ月) ・ <input type="checkbox"/> なし		試用期間中の労働条件(上記の勤務条件の変更があれば記入) 条件変更 <input type="checkbox"/> 有( ) ・ <input type="checkbox"/> なし	
必要資格 <input type="checkbox"/> 理容師 ・ <input type="checkbox"/> 美容師 ・ <input type="checkbox"/> その他( ) ・ <input type="checkbox"/> なし		修得者コース受講学生(Wライセンス通信課程2025年9月卒業)の受入可否 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可	
受付期間 年 月 日 ~ 年 月 日		応募書類 履歴書 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 ・ <input type="checkbox"/> 成績証明書	
応募書類 その他( )		結果通知 試験後( 日)以内に <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 学校に書類提出先住所 〒 -	

(勤務先)  
複数の求人では店舗別に提出する場合は、ホームページ内企業のみなさまへの求人票(PDF)を印刷して使用してください。勤務先店舗一覧表を同封いただいても構いません。

(試用期間中の労働条件)  
試用期間がある企業で、期間中求人内容と異なる場合は、その条件をできる限り詳しく記入してください。

(固定残業がある場合)  
固定残業代(名称によらず、一定時間分の時間外労働、休日労働及び深夜労働に対して定額で支払われる割増賃金)制を採用する場合は、固定残業代に関する労働時間数と金額等の計算方法、固定残業代を除外した基本給の額、固定残業時間を超える時間外労働、休日労働及び深夜労働分についての割増賃金を追加で支払うことなどを明示することが必要です。  
固定残業代手当と記載した場合には、この欄に、「時間外手当は時間外労働の有無にかかわらず、固定残業代として支給し、〇時間を超える時間外労働分は法定どおり追加で支給」などと記載してください。詳しくは厚生労働省サイトの若者雇用促進法をご参照ください。

(店舗名(本店))  
表面と同じように記入  
してください。

(自己申告書)  
リーフレットや QR サイトを確認しながら記入し  
てください。  
不受理内容に該当する場合は受付できません。  
各項目の記載があれば、横判等もご使用いただけ  
ます。

○求人事業所  
店舗名(本店)

受付印  
(学校使用欄)

○自己申告書  
自己申告書

無記入の場合は、受付できません。  
日付は記入日をお願いします。

20 年

(自己申告)  
リーフレットや QR サイトを確認し、必  
ずチェックマークをしてください。

私どもは、この求人申込みの時点において、職業安定法に規定  
不受理の対象に該当いたしません。

\*職業安定法に規定する求人不要受理の対象とは、同封のリーフレット(LL020228需02)のチェックシート  
する場合をいいます。

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

対象条項など、求人不要受理制度の内容について厚生労働省のリーフレット「改正職業安定法(求人  
不要受理)について」(LL020228需02)により確認し、理解しました。

厚生労働省(青少年の雇用の促進等に関する法律(若者雇用促進法)について)  
(参考<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000097879.html>)

QRコードは、厚生労働省リーフレット(LL020228需02)「改正職業安定法(求人不要受理)について」

※上記の自己申告書に記入がない求人票は、受付できません。  
※各都道府県の最低賃金を下回る求人票も受付いたしかねます。  
※固定残業を採用の場合は、説明書を確認し附記事項を記入してください。

※の注意事項に気を付けてください。

紹介状況(\*学校使用欄です)

紹介年月日	学籍番号	氏名	性別	採用結果
年 月 日				採・否
年 月 日				採・否
年 月 日				採・否
年 月 日				採・否
年 月 日				採・否
年 月 日				採・否

(紹介状況)  
学校で使用しますので、何も  
記入しないでください。

※求人票は FAX での受付  
はできません。  
郵送などで提出してくだ  
さい。

提出先  
〒064-0802  
北海道札幌市中央区南2条西20丁目1番1号  
学校法人 北光学園  
北海道理容美容専門学校  
就職担当係 宛  
TEL0120-223-680