年　　月　　日

**採否結果通知書**

学校法人平成医療学園

平成医療学園専門学校

キャリアサポート担当者

事業所名：

代表者名：

担当者名：

さきに紹介を受けた次の方（求職者名：　　　　　　　　）の選考結果を通知します。

* 採用　　　・　　　□ 不採用

・採用の場合

1. 雇用（予定）日：　　　　年　　　月　　　日

2. 採用条件：□ 求人票記載時の労働条件と変更有　・　□ 変更無

労働条件の変更理由と内容（有にチェックされた場合に、ご記入ください。）

・不採用の場合

採用しなかった理由

また、この求人については、次の取扱いを希望します。

* 引き続き紹介を希望する。
* 求人を取り消して欲しい。

以上