

求 人 申 込 票

年 月 日

ふりがな				代表者名		⑩						
施 設 名				歯科医師会		会 員 ・ 非会員						
所 在 地		〒 —										
		TEL — —		FAX — —								
従業員数 施設の概要		歯 科 医 師 名		歯 科 助 手 名		備考						
		歯 科 衛 生 士 名		そ の 他 名								
		歯 科 技 工 士 名		診 療 ユ ニ ッ ト 台 数								
求 人 数		歯 科 衛 生 士 名		歯 科 技 工 士 名								
勤務時間等	平日		午前 : ~ :		報酬等		基本給		円			
			午後 : ~ :				資格手当		円			
	土曜日		午前 : ~ :				皆勤手当		円			
			午後 : ~ :				精勤手当		円			
		休憩時間		: ~ :		時間外手当		円				
休日等	日 曜 (全日、半日)				福利厚生		通勤手当		円			
	祝 日 (全日、半日)						住宅手当		円			
	日、祝以外 曜日 (全日、半日、隔)						その他		円			
	年次休暇		初年度				日		総支給月額		円	
			次年度				日					
	夏期休暇		~ (日間)				賞与		年 回 合 計		ヵ月	
	冬期休暇		~ (日間)				昇給		有 (年 回)			
特別休暇 (有・無) *有は具体的に						無						
施設の特徴・選考書類・希望事項・その他				健康保険		(社 保 ・ 歯 国 ・ 国 保)						
				年 金		(厚 生 ・ 国 民)						
				雇 用 保 険		(有 ・ 無)						
				退 職 金		(有 ・ 無)						
				労 災 保 険		(有 ・ 無)						
				当校卒業生		(在 籍 ・ 不 在)						
				氏 名								
				求人担当者								
				求人締切日		年 月 日						