

歯科衛生士求人票

令和 年 月 日

求人者	ふりがな 医療機関名			
	所在地	〒 ー ー TEL ー ー		
	院長名 <small>いずれかに○をつけて下さい</small>	開設年月	昭・平・令 年 月	
	診療科目	一般歯科・小児歯科・矯正歯科・口腔外科・その他()		
採用条件 (期間定めなし)	従業員数	歯科医師(含 院長) ()名、歯科技工士()名、歯科衛生士()名 歯科助手()名、事務員()名、その他()名		
	勤務時間 <small>※平日や土曜日など分かるように記載</small>	賃金	職種	歯科衛生士
			項目	
	休憩時間	時 分～午後 時 分	基本給	円
	残業	月 平均 時間	手当	円
	休日	日曜日・祝日・()曜日	手当	円
	週休2日制	有〔完全・隔週・その他()〕・無	手当	円
	有給休暇	初年度(日間)最高(繰越日数除く)()日・無	計(税込)	円
	加入保険	健康(社会保険・歯科医師国保・市町村国保) 厚生・雇用・労災	試用期間中の賃金	円 (期間 ヶ月)
	宿泊施設	有・無	交通費	全額・定額 (最高 円)
面接前の見学希望の受諾 可・不可		賞与	年 回(約 月分)	
最寄り駅またはバス停()より 徒歩 分 【所在地付近略図】		新卒者(1年目)の賞与	有〔夏・冬・その他()〕 ・無	
		昇給(前年実績)	年 回	
		備考	応募書類	履歴書 ・その他()
			選考方法	書類選考・面接 ・その他()
		要望事項	※裏面をご利用下さい	
学校記入欄				
		受付日		
		結果	合 ・ 否	
		備考		

鹿児島歯科学院専門学校 〒892-0841 鹿児島市照国町13番15号 TEL 099-223-7851

※求人内容を変更した時や求人が充足した時は速やかにお知らせ下さい。 FAX 099-223-7845

求人票提出の際はコピーをお手元に保管してください。

【裏面もあります】

※求人票が本校に届いたかどうか確認が必要の際は、ご連絡下さい。

※鹿児島県歯科医師会 正会員に限ります。また分院の求人票は受付できません。

(但し、分院の院長が本院の院長と異なり、かつ正会員の場合は求人票を受付致します。)

求人者〔 〕

◎ 下記について特にご希望があればご記入ください。

求める人物像

医院の特色

その他