

歯科衛生士 求人票

大分県歯科技術専門学校

ふりがな			申し込み年月日		本校受付番号		
事業所名称	®		平成 年 月 日		No		
			連絡先	TEL	()		
				FAX	()		
代表者名			E-mail	@			
所在地	〒 -						
従事者数	歯科医師		名	所在地の略図 (最寄の公共交通機関を基準に図示して下さい。)			
	歯科衛生士		名				
	歯科技工士		名				
	他職種	()	名				
		()	名				
※本校卒業生			名				
ユニット数			台				
勤務条件	基本給		円				
	()手当		円				
	()手当		円				
	()手当		円				
	計(税込み)		円	最寄の交通機関	JR・バス・地下鉄 ()下車	徒歩	分
	交通費	① 全額支給 ② 定額支給(最高月 円) ③ 宿舍の準備 有・無					
	賞与	年 回(年 カ月分) 夏季 カ月 冬季 カ月					
	昇給	年 回(%)					
退職金	有(年以上勤務)・無						
福利厚生	加入保険	① 健康保険(社保・国保・歯科医師国保・その他) ② 厚生年金 ③ 雇用保険 ④ 労災保険					
	※Oで囲んでください	⑤ その他()					
勤務時間	平日	午前 時 分 ~ 午後 時 分					
	土曜日	午前 時 分 ~ 午後 時 分					
	()曜日	午前 時 分 ~ 午後 時 分					
	昼休み	時 分 ~ 時 分 (分間)					
	時間外勤務	有・無 (月平均)		時間	交替制		
	休日	日曜日・祝祭日・盆・年末年始 週休2日制 a. 曜日(月 回)・b. 無し					
採用	求人者数	計 名	業務内容				
	提出書類	①履歴書・②その他()					
	選考方法	①面接・②その他()					
	選考日時	① 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 時 分 ② 随時相談により設定					
	選考会場	① 貴院・② その他()	交通費	a. 支給(全額・ 円) b. なし			
	人事担当者名						
	見学の有無	① 有(曜日・時間帯)・② 無					
備考							