

# 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	④		令和 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				
	※〇で囲んでください	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						