

歯科技工士求人票

(受付No. _____)

ふりがな			申し込み年月日	令和 年 月 日			
事業所名称	Ⓜ	連絡先	TEL	()			
			FAX	()			
			E-mail	@			
代表者名		年齢	歳	設立年月	西暦	年 月 日 設立	
所在地	〒 -						
従事者	歯科医師		名	略 図 (最寄の公共交通機関を基準に図示して下さい。)			
	歯科技工士		名				
	歯科衛生士		名				
	他職種	()	名				
		()	名				
	※本校卒業生		名				
勤務条件	基本給		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)					
	賞 与	年 回 (年 力月分)		夏季	ヵ月	冬季	ヵ月
	昇 給	年 回 (%)					
福利厚生	加入保険 <small>※〇で囲んでください</small>	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					
勤 務	平日	午前 時 分 ~ 午後 時 分					
	() 曜日	午前 時 分 ~ 午後 時 分					
	休 日	日曜日・祝祭日・盆・年末年始	週休2日制	a. 曜日(月 回) ・ b. なし			
採 用	求人者数	計 名	内訳:男(名)・女(名)	採用部門	クラウンブリッジ・デンチャー・()		
	提出書類	①履歴書 ②その他()					
	選考方法	①面接 ②実技試験() ③その他()					
	選考日時	月 日 午前・午後 時 分 ~ 時 分					
	選考会場	①貴社 ②その他()	交通費	a. 支給 (全額 ・ 円) b. なし			
	人事担当者	(部署)	(氏名)	(TEL)			
	見学の有無	① 有 (曜日・時間帯) ・ ② 無					
備 考							