

大分県歯科技術専門学校 求人票

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	設立	
所在地	〒 -			アクセス	電車・地下鉄()線 バス()線 駅・停留所()下車 徒歩()分					
構成	総従業員数		名		業務内容					
	内訳	歯科医師		名						
		歯科衛生士		名						
		歯科技工士		名						
		その他()		名						
本校卒業生採用実績		名	施設設備		診療台(ユニット)数	台				
				技工機数		台				
				その他						
採用条件	求人数	資格		基本給(税込み)		月額合計(税込み)		備考		
	名	ダブルライセンス (歯科衛生士と歯科技工士のW取得者)		円	円	円	円			
	名	歯科衛生士		円	円	円	円			
	名	歯科技工士		円	円	円	円			
	諸手当	()手当	円	()手当	円	()手当	円	()手当	円	
		()手当	円	()手当	円	()手当	円	()手当	円	
	交通費	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 定額支給 (上限 月 円)							
	賞与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 回 (年 月分)		夏季 月 冬季 月					
	昇給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 回 (%)							
	退職金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	条件 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()年以上勤務							
福利厚生	雇用保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	厚生年金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	労災保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	健康保険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 歯科医師国保 <input type="checkbox"/> その他()	産休育休制度		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
勤務時間	平日	時 分 ~ 時 分		休日	<input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> ()曜日					
	土曜日	時 分 ~ 時 分			<input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> 盆休み <input type="checkbox"/> 年末年始					
	昼休み	時 分 ~ 時 分			週休2日制		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	時間外勤務	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	月平均()時間		(曜日・回数)					
応募・選考	応募書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 成績証明 <input type="checkbox"/> その他()								
	選考方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 試験() <input type="checkbox"/> その他()								
	選考日時	<input type="checkbox"/> 月 日() 時 分 ~ 時 分		<input type="checkbox"/> 随時相談により決定						
	選考会場	<input type="checkbox"/> 貴社 <input type="checkbox"/> その他()		交通費	<input type="checkbox"/> 支給(全額・金額 円) <input type="checkbox"/> なし					
	人事担当者	(部署) (氏名)		(携帯:)						
	見学の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 希望日(/) <input type="checkbox"/> 事前連絡による		交通費	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> なし				
備考										

【記載上の注意】該当する□にレ点を入れるか、または塗りつぶしてください。