

求 人 票

受付日

受付No.

フリガナ				歯科医師会会員 ・ 未入会			
医療機関名							
フリガナ				大 学 西 暦 年 卒			
代表者名							
所在地	〒 ー						
TEL	()		担当者名				
FAX	()		設 立	年 月			
事業内容	保険診療（一部自費）・ 自費診療のみ ・ 小児歯科 ・ 歯科矯正 ・ 審美歯科						
1日の患者来院数	名		ユニット台数	台			
スタッフ構成	DR.	名（内非常勤 名）	DH.	名（内非常勤 名）	DT.	名（内非常勤 名）	
	DA.	名（内非常勤 名）	事務職	名（内非常勤 名）	その他	名（内非常勤 名）	
採 用 条 件	採用職種	歯科衛生士（試用期間 か月）		採用予定人数	人	勤務地	
	給 与	基 本 給	円		交通費	全額・定額（ 円迄）・ 無	
		手 当	円		退職金	無 ・ 有（最低勤続年数 年）	
		手 当	円		保 険	健康 ・ 厚生年金 ・ 雇用 ・ 労災	
		手 当	円		昇 給	年 回（ %）（ 円）	
		合 計	円		賞 与	年 回（夏 力月）（冬 力月）	
	勤務時間	: ~ :		休 日	休診日（ ）		
		: ~ :			週休 日制（ ）		
		: ~ :			その他（ ）		
	休憩時間	分 : ~ :		有給休暇	無 ・ 有（年 日） ^{その他}		
交代制	有・無	早番	: ~ :		夏季休暇	日 年未年始休暇 日	
		遅番	: ~ :		残 業	有・無	時間数 h/w
院内見学	可（要予約）	採否決定通知	本人宛（選考 日後）				《最寄の交通機関・地図など》
	不可		当校宛（選考 日後）				
入社時期	年 月 日 ・ 応相談						
《貴医院の特徴などをご記入ください。》							