

# 求 人 申 込 票

平成 年 月 日

施設名		代表者名	⑩	
所在地	〒 - -			
	TEL - -	FAX - -		
従業員数 施設の概要	歯科医師 名	歯科助手 名	備考	
	歯科衛生士 名	その他 名		
	歯科技工士 名	診療ユニット 台数 台		
求人数	歯科衛生士 名	歯科技工士 名		
勤務時間等	平日 午前 : ~ :	報 酬 等	基本給 円	
	午後 : ~ :		資格手当 円	
	土曜日 午前 : ~ :		皆勤手当 円	
	午後 : ~ :		精勤手当 円	
休憩時間 : ~ :	時間外手当 円			
休日等	日 曜 (全日、半日)		通勤手当 円	
	祝 日 (全日、半日)		住宅手当 円	
	日、祝以外 曜日 (全日、半日、隔)		その他 円	
	年次休暇		初年度 日	総支給月額 円
			次年度 日	賞 与 年 回 合計 カ月
	夏期休暇 ~ (日間)	昇 給 有 (年 回) 無		
	冬期休暇 ~ (日間)			
特別休暇 (有・無) *有は具体的に	福 利 厚 生	健康保険 (社保・歯国・国保)		
施設の特色・選考書類・希望事項・その他		年金 (厚生・国民)		
		雇用保険 (有・無)		
		退職金 (有・無)		
	労災保険 (有・無)			
	当校卒業生 (在籍・不在)			
	氏 名			
	求人担当者			
	求人締切日	平成 年 月 日		