

求 人 申 込 票

平成 年 月 日

ふりがな				代表者名		⑩		
施 設 名				歯科医師会		会 員 ・ 非会員		
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						
	夏 期 休 暇 ~ (日間)			賞 与	年 回 合 計 カ月			
	冬 期 休 暇 ~ (日間)			昇 給	有 (年 回)			
特 別 休 暇 (有・無) *有は具体的に			無					
施設の特徴・選考書類・希望事項・その他				福 利 厚 生	健 康 保 険	(社 保 ・ 歯 国 ・ 国 保)		
					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						