


求人票

2010(H 22.3 卒業予定者用)

申込み年月日 年 月 日				
求人先	ふりがな 施設名称	印		
	事業内容	1)病院・医院 2)施設 3)その他()		
	所在地 [就業地]	〒		
	代表者	役職	御氏名	
	求人担当	役職	御氏名	
	設立	昭和・平成	年 月 日	
	現況	歯科医師 名(男性 名・女性 名) 歯科衛生士 名(男性 名・女性 名) 歯科技工士 名(男性 名・女性 名) その他 名(男性 名・女性 名)		
募集方法	求人数	名(新卒・既卒)		
	募集期間	1)随時 2)平成 年 月 日まで		
	選考	面接日時	1)随時 2)指定 年 月 日 午前・午後 時 3)書類申込み後に貴院より指定	
		見学	可 ・ 不可	
	選考方法	1)書類選考のみ 2)筆記試験あり(内容) 3)実技試験あり(内容) 4)その他 (内容)		
提出書類	1)履歴書 4)健康診断書 2)卒業見込み証明 5)その他() 3)成績証明書			
勤務条件	職種	1)歯科衛生士 2)その他()		
	給与内容	昇給	年 回 (前年度例 円 %)	
		賞与	年 回 1)初年度 夏期 ヶ月 冬期 ヶ月 2)以降 夏期 ヶ月 冬期 ヶ月	
	交通費	1)全額支給 2)一部支給(¥ 円まで)	試用期間	有(ヶ月) 無

勤務条件	退職金制度	有 ・ 無			
	勤務時間	時 分 ~ 時 分 (内 休憩時間 分)			
	診療時間	時 分 ~ 時 分 (休診時間 時 分 ~ 時 分)			
	勤務形態	時間外勤務	1)有 1月平均 時間程度/手当 有(時間・定額)・無 2)無		
		休 日	1)週休2日制 (曜日 曜日) 2)隔週休2日制 (曜日 曜日) 3)日・祝祭日のみ 4)その他()		
休 暇 (初年度)		1)有給休暇(年間 日) 2)特別休暇(夏期 日・年末年始 日)			
加入保険	1)社会保険(健康保険・厚生年金) 4)国民健康保険・国民年金を一部負担 2)歯科医師国民健康保険 5)無加入 3)労働保険(雇用保険・労災保険)				
その他	業務内容	*お手数ですができるだけ詳細に御記入ください			
	卒業生の有無	第 期	昼・夜 間部	卒業	氏名
		第 期	昼・夜 間部	卒業	氏名
		第 期	昼・夜 間部	卒業	氏名
在校生の有無	第 期	昼・夜 間部	在学	氏名	
	第 期	昼・夜 間部	在学	氏名	
最寄駅からの略図			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 摘要(本校使用) </div> <p style="font-size: small;">厚生労働大臣指定/大阪府認可/無料職業紹介校 新大阪歯科衛生士専門学校 〒532-0002 大阪市淀川区東三国 6-1-45 Tel 06-6391-2224 Fax 06-6391-2244</p>		