

# 求人票

受付日	
受付No	

求人先	フリガナ				区 分		
	名称				診療所・病院・その他( )		
	所在地	(〒 - )			電話	( ) -	
	就業場所				FAX	( ) -	
	代表者	(職名)	(フリガナ)		Mail		
			(氏名)		URL		
	診療科目				人事担当者	(職名)	
	医院特色					(氏名)	
					設 立	年 月	
					ユニット数	台	
仕事内容				患者数	約 名/日		
従業員数	名 (うち歯科医師 名・歯科衛生士 名・歯科助手 名・技工士 名)						
勤務条件	基本給	円	通勤費	全額・円	勤務時間	平日	: ~ :
	手当	円	昇給	年 回 円		上以外の勤務時間になる曜日	(休憩 : ~ : )
	手当	円	賞与	年 回 計 ヶ月分			曜
	手当	円	加入保険	歯科医師国保・国保・社保		時間外	: ~ :
	合計(税込)	円		厚生・労災・雇保			無・有(1日平均 時間)
	試用期間	ヶ月	福利厚生	無・有 (費用1ヶ月 円)		休日	週休 日
	雇用期間	無・有( )					
募集内容	名		応募書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>履歴書</li> <li>卒業見込証明書</li> <li>成績証明書</li> <li>健康診断書</li> <li>その他( )</li> </ul>		付 近 略 図	
	既卒者	可・否				最寄駅 線 駅分 徒歩	
	(その他、募集条件に関して必要な事項)						
選考	書類提出	期間		採否決定	期間		
		方法			方法		
	方法	書類審査・面接・筆記・その他( )					※必ず地図を記入して下さい。

(口腔保健学科用)

- 求人内容の変更、及び求人充足済の場合は事務室までお知らせ下さい。なお、参考資料(パンフレット等)がございましたら併せてご送付ください。

〒731-3164 広島市安佐南区伴東1丁目12-18 TEL 082-849-5001 FAX 082-849-5115

- 黒インクで太枠の中のみご記入下さい。

IGL医療福祉専門学校