

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)		
	仕事内容				設立	大・昭・平 年 月		
					ユニット数	台		
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・一部()	勤務時間	平日	: ~ :	
	歯科衛生士(資格)手当	円	昇給	年 回 円		上以外の勤務時間になる曜日	曜	: ~ :
	手当	円	賞与	年 回 計 ヶ月分	休日	週休	日	
	手当	円	加入保険	歯科医師国保・国保・社保 厚生・労災・雇保		時間外	無・有(1日平均 時間)	
	合計(税込)	円	福利厚生	無・有 (費用1ヶ月 円) 詳細	()			
	試用期間	ヶ月 試用期間中の給与減額 無・有()						
退職金制度	無・有 条件()	付近略図						
募集内容	名	応募書類	<ul style="list-style-type: none"> 履歴書 卒業見込証明書 成績証明書 健康診断書 その他() 			最寄駅	線	駅分
	既卒者		可・否	(その他、募集条件に関して必要な事項)			徒歩	
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。

(歯科衛生学科用)

- 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。