

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) (氏名)	(フリガナ)		Mail			
			(氏名)		URL			
	診療科目				人事担当者	(職名) (氏名)		
	医院特色					設 立	年 月	
	仕事内容				ユニット数	台		
					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			(休憩 : ~ :)	
	手当	円	賞 与	年 回 計 ヶ月分		上以外の勤務時間になる曜日	曜	
	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	: ~ :		
	合計(税込)	円				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	- 履歴書 - 卒業見込証明書 - 成績証明書 - 健康診断書 - その他()			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		※必ず地図を記入して下さい。	
	方法		方法					
	方法	書類審査・面接・筆記・その他()						

(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。

IGL医療福祉専門学校