歯科衛生士求人票

※

求人者	ふりがな		ふりがな	
	医院名称		開設者名	
	所在地	〒 Tel：(　　)　　－		
	書類提出先	〒 Tel：(　　)　　－		
	施設概況	歯科医師数	常勤　　名	非常勤　　名
		歯科衛生士	名	歯科助手　　名
		歯科技工士	名	受付事務　　名
求人数		名		
勤務条件等	賃金 基本給	月額	円	
	賃金 手当	衛生士手当	円	皆勤手当　　円
		通勤手当	円	その他手当　　円
	賃金 計(税込)		円	
	昇給	年　　回	賞与	年　　回
	加入保険等	健康・雇用・労災・厚生・その他(　　)		
	退職金制度	有　・　無		
	試用期間中の賃金	円	試用期間	ヶ月
	勤務時間	平日　　時　分　～　時　分 (　曜)　時　分　～　時　分 早出　時　分　～　時　分　(週　回) 遅出　時　分　～　時　分　(週　回) 休憩時間　分 残業　月平均　時間		
	休日	日曜・祝日・(　)曜日・その他(　　) 週休2日　(有・無)		
	通勤手段	マイカー通勤　可・否		
応募・選考要領	応募書類	履歴書・卒業見込又は卒業証明書・成績証明書・その他(　　)		
	選考方法	面接(有・無)・筆記(有・無)・その他(　　)		
	選考日時	年　月　日　午前・午後　時　分・随時		
	選考場所			
	受付期間	年　月　日　～　年　月　日		
補足事項				

「お願い」①必要事項に○印をお願いします。②参考資料をあわせてお送りください。

※の欄は記入しないで下さい。

〒780-0955　高知県高知市旭天神町292-26
Tel:088-840-1664(直)　Fax:088-840-1231
高知学園短期大学　教務学生課