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　学生支援課