

求人票（中途採用）

※印欄には記入しないで下さい。

		※受付日 年 月	※番号	※	※備考	※区分	
求人者	ふりがな 施設名				設 立 年 月 年 月	※⑥ 1.大 2.兵 3.京 4.奈 5.滋 6.他	
	所在地	(〒 -)					
	ふりがな 代表者名	担当者名()		電話番号			
				FAX番号			
概 要	歯科医師	名	ユニット台数	台	※⑦ 1.診 2.病 3.保 4.他		
	歯科技工士	名	本校卒業生採用実績：無・有()名				
	歯科衛生士	名	(卒業生氏名)				
	歯科助手	名	本校卒業の在職者名：()				
	受付事務	名	基本方針：(訪問診療：無・有)				
求人数		名(増員・欠員)①					
採 用 条 件	基本給	円 ②					
	衛生士手当	円					
		円	勤 務 時 間	時 分 ~ 時 分	※ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
		円					
	総支給額	(税込)円 ③		午前診療時間		時 分 ~ 時 分	
	通勤手当	全額・一部	円迄	午後診療時間		時 分 ~ 時 分	
	賞与合計	年間合計	ヶ月 ④	休 日		⑤	
	昇 給	年 回		週労働時間		時間/週	
			試用期間：無・有()ヶ月			就業規則：有・無	有給休暇：有・無
			保 険：国保 / 歯保 / 社保 / 雇用労災 / 年金(国民・厚生)			退職金制度：有・無	
応 募	提出書類	履歴書(写真添付)		略 図		④	
	選考方法	面接				⑤	
	締切日	月 日 迄					
	選考日	月 日 曜日				⑥	
	見学受入	有・無					
※応募状況(記入しないで下さい。)						⑦	
応募結果	合・否						
採用者名			最寄駅：	線	駅		
			最寄駅からの所要時間：	分			

TEL 06-6375-1400
FAX 06-6375-3933

なにわ歯科衛生専門学校