

求人票（中途採用）

〔 初回 ・ 変更 〕

※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 6.他	
	所在地	(〒 -)					
		メールアドレス					
	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				※ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	
	衛生士手当	円					
		円	勤務時間	時 分 ~ 時 分			
		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	週休 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				⑥	
	選考日	月 日 曜日					
	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