

平成30年度 求人票 (平成31年春季採用) [ 初回 ・ 変更 ]

※印欄には記入しないで下さい。

		※受付日 年 月	※番号	※資料 有 ・ 無	※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：( )			
	その他	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		
		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  ⑤  ⑥  ⑦	
	選考方法	面接				
	締切日	月 日 迄				
	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。)						
応募結果	合 ・ 否					
採用者名	昼 ・ 夜		最寄駅：	線	駅	
			最寄駅からの所要時間：	分		

※受付期間 H30.4.1~H31.2.28迄とさせていただきます。

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

なにわ歯科衛生専門学校