|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 求　人　者 | ふ り が な  |  | Ｔ　　Ｅ　　Ｌ |
| 事業所名 |  | （　　　　）　　　－ |
| 所在地及び就業場所 | （〒　　　－　　　　）　ホームページアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 代表者名 |  | 人事担当者 |  | 所属郡市歯科医師会名 |  |
| 標榜科名 | 歯科　・　矯正歯科　・　小児歯科　・　歯科口腔外科　・ |
| 施設概況 | 歯科医師　　　　　名、　歯科衛生士　　　　　名、　歯科助手　　　　　名歯科技工士　　　　　名、　その他　　　　　名、　ユニット　　　　　台 |
| 診療時間 | 曜曜曜 | [午前]　　時　　分～　　時　　分・[午後]　　時　　分～　　時　　分[午前]　　時　　分～　　時　　分・[午後]　　時　　分～　　時　　分[午前]　　時　　分～　　時　　分・[午後]　　時　　分～　　時　　分 |
| 勤　務　条　件 | 求人数 | １　名 | 採用年月日 | 年　　　月　　　日　　 | 試用期間　あり　・なし　（　　　　　　　）ヶ月 |
| 所定労働時間 | 週　　 時間 | 就業規則 | あり ・ なし | 受動喫煙防止措置 |  |
| 勤務時間 | 　　　　　 曜曜曜 | [午前]　　　時　　分 ～ [午後]　　　時　　分　休憩時間（　　　　）分[午前]　　　時　　分 ～ [午後]　　　時　　分　休憩時間（　　　　）分[午前]　　　時　　分 ～ [午後]　　　時　　分　休憩時間（　　　　）分 |
| 時間外労働　　　あり（月平均　　　　　　時間）　　・　なし　 |
| 休　　日 | 　日曜　・　祝日　・　(　　　　) 曜　　その他 (　　　　　　　　　　　　　 　　　　) |
| 賃　金 | 基本給 | 　　　円 | 有給休暇 | ６ヶ月経過後の年次有給休暇日数 　(　　　　 　)日　　　　　　　　　　　 |
| 　　　 手当 | 　　　円 | 賞与(前年実績) | 年(　　)回　計(　　　)月分又は(　　　～　　　)万円 |
| 　　　 手当 | 　　　円 | 昇給(前年実績) | 年(　　)回　月(　　　　　 　　　　)円　 ・ なし |
| 　　　 手当 | 　　　円 | 通勤手当 | 全額　・ | 一定額上限額 | 月(　　 　　　　)円　 ・ なし |
| 計 | 　　　円 | 退職金 | あり　勤続(　　　 　　)年以上　 ・ なし |
| 加入保険 | 医療保険〔 歯科医師国保 ・ 健康保険(社保) ・ 国民健康保険 〕／　年金〔 厚生年金 ・ 国民年金 〕　／　労働保険〔 労災保険 ・ 雇用保険 〕 |
| 応募要領 | 応募書類 | 履歴書・成績証明書・卒業(見込)証明書・健康診断書 | 受付期間 | 月　　日 ～ |
| 選考方法 | 面接・試験（筆記・実技）・その他(　　　　 　　　　　) | 選考日時 | 月　　日 ～ |
| 業務内容 |  | 受 付 印 |  |
| 求人に関する特記事項 |  |
| 提出先 | **長崎歯科衛生士専門学校**〒852－8104長崎市茂里町３番１９号TEL（095）848－5002  FAX（095）845－4246 |

歯科衛生士　　　　　　　求　　人　　票　　（　　　　　年度）　　　　求人番号