

歯科衛生士

求 人 票 (年度)

求人番号

求人者	ふりがな				TEL		
	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		所属都市 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 [午前] 時 分～ 時 分・[午後] 時 分～ 時 分		曜 [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 [午前] 時 分～ [午後] 時 分 休憩時間 () 分		曜 [午前] 時 分～ [午後] 時 分 休憩時間 () 分			
		曜 [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