|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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