

求人申込書

どちらかに✓を付けてください。

県歯 HP に 掲載する

掲載しない

受付 令和 年 月 日

診療所名 (事業者名)															
院長名	所属地域歯会名()														
所在地 (就業場所)	〒 —														
電話	〈 — 〉 —														
職種 (業務内容)							雇用形態								
契約期間	期間の定めなし・有(年)						試用期間			無・有(か月)					
求人者の 最終学歴				求人者の 必要な 経験						求人者の 必要な 免許資格					
診療時間	月	火	水	木	金	土	日	休日・備考							
～															
～															
就業時間	～						休憩時間			～					
時間外労働	有(月平均 時間くらい)・無						就業規則			有・無					
受動喫煙防止措置の状況	敷地内禁煙						特定屋外喫煙場所の設置			有・無					
給与							福利厚生 (該当に✓を付けて下さい)								
基準初任給(税込み)	円						加入健康保険								
(基本給	円+資格手当						<input type="checkbox"/> 歯科医師国保								
諸手当	円						<input type="checkbox"/> 社会保険								
・	円						<input type="checkbox"/> 国民健康保険								
・	円						その他加入保険								
・ 通勤手当	円						<input type="checkbox"/> 労働保険(雇用保険+労災保険)								
・ 時間外手当(時間当たり)	円						<input type="checkbox"/> 厚生年金保険								
定期昇給	年	回					<input type="checkbox"/> その他()								
賞与	年	回(合計					研修会等			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
退職金	有	(最低資格					慰安旅行			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
		年以上)・無					給食			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
パートの場合	時給 円						その他()								
その他							医院の見学								
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								

【自院紹介】

1. 医院構成

歯科医師	名(うち非常勤	名)	歯科技工士	名(うち非常勤	名)
歯科衛生士	名(うち非常勤	名)	歯科助手	名(うち非常勤	名)
受付	名(うち非常勤	名)	その他	名(うち非常勤	名)

2. 診療チェア台数 _____ 台

3. 医院の特徴・方針や学生に伝えたいこと・医院 HP や SNS 等

【交通：略図】(コピー貼付可)

J R	線	駅下車	徒歩	分
私鉄	線	駅下車	徒歩	分
バス	線	停下車	徒歩	分