

# 歯 科 技 工 士 科 求 人 票

熊本歯科技術専門学校 歯科技工士科

求 人 者	フリガナ		開設年	
	事業所名		年	
	フリガナ		連絡先 (☎・FAX)・E-mail・URL	
	所在地	〒 (      )	☎	-      -
	フリガナ		FAX	-      -
	代表者名		E-mail	
フリガナ				
求人担当者		URL		

◎求人数                      名                      (      採用予定日                      年                      月                      日      )

勤務形態	就業時間	平日                      ~ (      )                      ~	会社概要等	従業員構成	歯科医師                      名 歯科技工士                      名 歯科衛生士                      名 (      )                      名 合 計                      名
	休日	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> その他 (      曜日 ) <input type="checkbox"/> 夏季 (      日 ) <input type="checkbox"/> 年末年始 (      日 )		仕事の内容	<input type="checkbox"/> 有床義歯 <input type="checkbox"/> クラウン <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> ポーセレン <input type="checkbox"/> 矯正 (      )
給与等	基本給	円	規定等	試用期間	<input type="checkbox"/> 有 (      ヶ月 ) <input type="checkbox"/> 無
	手当	円		退職金制度	<input type="checkbox"/> 有 (      年以上 ) <input type="checkbox"/> 無
	手当	円		有給休暇	1年目 (      ヶ月経過後 )      日 2年目以降                      日
	手当	円		就業規則	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	合計 (税込)	円	加入保険等	医療保険	<input type="checkbox"/> 歯科医師国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険
	時間外手当	月平均                      ~                      時間		年金保険	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金
	通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> (      円/月 )		労働保険	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 労災保険
	給与支給日	毎月                      日		※所在地地図 (記入・貼り付けどちらでも構いません)	
昇給	年      回                      %      程度				
賞与	月に                      ヶ月分 月に                      ヶ月分				

選考	選考方法	<input type="checkbox"/> 試験 (      ) <input type="checkbox"/> 面接
	応募書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> その他 (      )
	提出期限	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 月      日まで
	選考日時	月      日 <input type="checkbox"/> 別途通知
	選考場所	本病院 会議室
	採否通知	試験終了後      日以内に ( <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 ) にて ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 学校 ) へ通知

備考	
----	--

・求人内容を変更した時や、求人が決定した時は、速やかにお知らせ下さい。

(☎ : 096-366-7715    FAX : 096-362-7221)

学校受付年月日	年      月      日
学校受付番号	No.