

申込日	年 月 日		求人票(歯科衛生士科)			※受付	未・決	No.			
	年 月 日					年 月 日					
求人者	ふりがな				開業	年		所属歯科医師会	就業規則		
	事業所名							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	所在地	〒 (-)			従業員構成	歯科医師	名	本学卒業生	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		☎ - - FAX - -				歯科衛生士	名		氏名		
						歯科技工士	名				
	HP <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 E-mail			受付		名	求人数	<input type="checkbox"/> 新卒 名			
	ふりがな			その他		名		<input type="checkbox"/> 既卒 名			
代表者名				才		パート	名	採用事務担当者	役職		
診療科目				合計	名	氏名					
					ユニット数	台	予約制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

就業時間・休日等	勤務時間	平日	時 分 ~ 時 分	福利厚生	社会保険	<input type="checkbox"/> 歯科医師国保 (自己負担額 円)			
	注) 診療時間ではありません	() 曜日	時 分 ~ 時 分		<input type="checkbox"/> 国民保険	<input type="checkbox"/> 健康保険			
	休憩時間	分間	時 分 ~ 時 分		年金保険	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 国民年金		
	交代制	有	①		時 分 ~ 時 分	労働保険	<input type="checkbox"/> 雇用保険	<input type="checkbox"/> 労災保険	
			②		時 分 ~ 時 分	退職金制度	<input type="checkbox"/> 有 (最低資格 年) <input type="checkbox"/> 無		
			③		時 分 ~ 時 分	積立貯蓄	<input type="checkbox"/> 有 (名目) <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 無				車通勤	車通勤する場合の駐車場利用について			
時間外	有 (月平均 日位で 時間位)			<input type="checkbox"/> 利用可能 (<input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 有料 円/月)					
休日	<input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 利用不可					
	<input type="checkbox"/> 年末年始 () 日 ・ <input type="checkbox"/> 夏季休暇 () 日			<input type="checkbox"/> 近隣有料駐車場利用					
週休2日制	<input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 隔週			(注)	1. ※欄は記入しないでください。				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> その他 ()				2. 賃金欄は詳細にご記入ください。				
有給休暇	入社時 () 日 ・ 6ヶ月後 () 日 最高 () 年 () ヶ月後 () 日				3. 記入漏れがないようご留意ください。				
				4. 求人内容変更・求人充足の場合はお知らせください。					

待遇(確定・現行賃金)	定額的に支払われる賃金		定期昇給	<input type="checkbox"/> 年 回 昨年実績 円	応募・選考			
	基本給		円	<input type="checkbox"/> 年 % 昨年実績 円	選考日	<input type="checkbox"/> 随時		
	手当	円	賞与	新規学卒者の 昨年度実績	補足事項	<input type="checkbox"/> 指定日 月 日		
	手当	円				年 回 ヶ月分	選考場所	<input type="checkbox"/> 歯科医院
	手当	円		1年以上 勤務従業員実績	年 回 ヶ月分	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	① 支給合計	円	試用期間	有 (ヶ月)	無	提出書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 成績証明書	
	通勤 手当	円	期間中の賃金	円	<input type="checkbox"/> 卒業(見込)証明書			
	賃金からの控除(概算)						<input type="checkbox"/> 健康診断書	
	所得税等	円	締切日	日	...お願い... 賃金について、確定している基本給及び手当以外の支給分については概算でご記入ください。また手取額についても個人差がありますが、概算でご記入ください。	選考方法	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	社会保険料	円	支給日	日			補足事項	
その他	円	賃金形態	<input type="checkbox"/> 月 給					
② 控除合計	円		<input type="checkbox"/> 日 給					
手取額(①-②)	円		<input type="checkbox"/> 時 給					

採用年月日 (新卒 年 月 日) (既卒 年 月 日 または 随時)

◎備考 (歯科衛生士の業務内容および求人側としての要望・貴院の特色などご記入ください。)