

申込日	年 月 日		アルバイト 求人票		※受付	未・決	No.					
					年月日	年月日						
求人者	ふりがな				開業	所属歯科医師会	就業規則					
	事業所名					年	<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		
							歯科衛生士	名		氏名		
							歯科技工士	名				
	☎      -      -      FAX      -      -					受付	名	求人数	<input type="checkbox"/> 1年      名			
	HP <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 E-mail					その他	名		<input type="checkbox"/> 2.3年      名			
ふりがな				年齢	パート	名	採用事務担当者	役職				
代表者名				才	合計	名		氏名				
診療科目					ユニット数	台	予約制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

勤務諸条件	勤務時間	<input type="checkbox"/> 平日	時 分 ~ 時 分	(      ) 時 分 ~ 時 分
		<input type="checkbox"/> 土曜日	時 分 ~ 時 分	(      ) 時 分 ~ 時 分
		<input type="checkbox"/> 日曜日	時 分 ~ 時 分	(      ) 時 分 ~ 時 分
		<input type="checkbox"/> その他 (      )	時 分 ~ 時 分	(      ) 時 分 ~ 時 分
	賃金	<input type="checkbox"/> 時給      円 ~		支給日
	<input type="checkbox"/> 月給      円		車通勤	<input type="checkbox"/> 可 交通費支給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
福利厚生	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 不可 交通費      円/月
業務内容				
備考	注) 1. ※欄は記入しないようにしてください。 2. 記入もれがないよう詳細にご記入ください。 3. 賃金欄は詳細にご記入ください。 4. 求人内容の変更、求人が充足した際は速やかにお知らせください。			

◎【貴院への略図】※目印・距離をご記入ください。(記入・貼り付けどちらでも構いません。)  
 ※尚、貴歯科医院(所)全景写真を同封していただければ、幸いです。(可能な限りで結構です。)