

# 既卒者 求人票(急募)

NO. \_\_\_\_\_

雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート		
フリガナ		フリガナ	
施設名		代表者名	
所在地	〒	TEL	
		FAX	
URL		E-mail	
交通機関	最寄駅:( )電車 ( )線 ( )駅より		徒歩( )分 バス( )停留所下車、徒歩( )分
診療科	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 審美 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 他( )		
従業員数 (名)	歯科医師 名	歯科技工士 名	その他 名
	歯科衛生士 名	歯科助手 名	
	本校卒業生 名 ( 期生 氏名: )		診療台 台
交替制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
勤務時間	平日(午前)	～	休日 <input type="checkbox"/> 日曜・祝日 <input type="checkbox"/> 週休2日制( 曜日・ 曜日) <input type="checkbox"/> 隔週2日制( 曜日・ 曜日) <input type="checkbox"/> その他( )
	平日(午後)	～	
	土曜日・日曜日(午前)	～	
	土曜日・日曜日(午後)	～	休暇 夏期休暇 日 年末年始休暇 日 有給休暇(年間) 日
	休憩	～	
給与	基本給・時給	円	加入保険 <input type="checkbox"/> 歯科医師国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 労働保険(雇用保険・労災保険) <input type="checkbox"/> その他( )
	資格手当	円	
	精勤手当	円	
	皆勤手当	円	
	手当	円	
	手当	円	
合計 *時間外手当を除く	円	昇給 年 回 円又は %	
時間外労働	<input type="checkbox"/> 有(1日平均 時間) <input type="checkbox"/> 無	賞与 年 回 計 ヶ月	
時間外手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退職金制度 <input type="checkbox"/> 有( 年以上) <input type="checkbox"/> 無	
通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部支給( 円迄)	試用期間 <input type="checkbox"/> 有( ヶ月) <input type="checkbox"/> 無	

## 応募・選考要領

募集人数	名	見学	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	採用担当者	
受付期間	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日～令和 年 月 日迄				
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( )				
選考日時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 追って通知				
選考方法	<input type="checkbox"/> 書類 <input type="checkbox"/> 面接 筆記( <input type="checkbox"/> 専門・ <input type="checkbox"/> 常識・ <input type="checkbox"/> 作文・ <input type="checkbox"/> 英語) <input type="checkbox"/> 適正				

特記事項(診療方針・業務内容など)

略図(最寄駅～事業所)	<p><b>【お問い合わせ先】</b>                  大阪歯科衛生士専門学校                  〒543-0028 大阪市天王寺区小橋町14-51                  TEL 06-6771-2255                  FAX 06-6773-2580                  E-mail <a href="mailto:kyoumu@odhc.ac.jp">kyoumu@odhc.ac.jp</a></p>
	受付年月日 _____ 年 月 日