

新卒者 求人票(2025年 3月卒業)

NO.

資料

雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤						
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	歯科医師	名	歯科技工士	名	その他	名	診療台
	歯科衛生士	名	歯科助手	名			
()名	本校卒業生 ()名 ()期生 氏名: ()					台	
交替制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			休日	<input type="checkbox"/> 日曜・祝日		
勤務時間	平日(午前)	～			<input type="checkbox"/> 週休2日制(曜日・ 曜日)		
	平日(午後)	～		<input type="checkbox"/> 隔週2日制(曜日・ 曜日)			
	土曜日・日曜日(午前)	～		<input type="checkbox"/> その他()			
	土曜日・日曜日(午後)	～		休暇	夏期休暇 日		
	休憩	～			年末年始休暇 日		
給与	基本給		円	加入保険	有給休暇(年間) 日		
	資格手当		円		<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()		
	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
時間外労働	<input type="checkbox"/> 有 (1日平均 分) (1カ月平均 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)	【お問い合わせ先】 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 kyoumu@odhc.ac.jp				
	受付年月日	年 月 日			

※最寄駅が複数ある場合は、すべてお書きください。