

(様式2号)

求 職 票

受付 令和 年 月 日

フリガナ氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
本籍地	都・道・府・県 ※都道府県名だけで結構です。		
現住所 (連絡先)	〒		
	携帯電話	< >	—
	電 話	< >	—
	F A X	< >	—
	E-メール		
職 種	歯科医師 ・ 歯科技工士 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科助手		
学 歴	年 月 日		卒業
職 歴			
資格・免許	資 格	歯科医師 ・ 歯科技工士 ・ 歯科衛生士	
	取 得 年月日	昭和・平成 年 月 日 取得	
	取 得 番 号	号	
希望条件	就 業 時 間	〔希望〕 常勤 ・ パート(週 日位) * パートの場合、出勤可能な曜日を○で囲んで下さい (月・火・水・木・金・土・日) 時 分 ~ 時 分位まで	
		給与希望 金 額	円
	就職希望 地 域		

静岡県歯科医師会歯科医療技術者無料職業紹介所
〒422-8006 静岡市駿河区曲金3-3-10 (静岡県歯科医師会館内)
F A X : <054>283-3590 T E L : <054>283-2591

受付番号