

(様式1号)

求人票

受付 年 月 日

■ 求人者 〒 _____ 所属郡市区歯会名 _____ 歯科医師会 診療所住所 _____ 診療所名 _____ 会員氏名 _____ 電話 < _____ > _____			
採用求人職種	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手		
	常勤	名	新卒 ・ 経験者 (_____) 年 ・ 不問
	パート	名	_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 週 (_____) 日以上勤務を希望
契約期間	<input type="checkbox"/> 無期雇用 <input type="checkbox"/> 有期雇用 (雇用契約期間 _____)		
試用期間	<input type="checkbox"/> 有 期間 (_____ か月) <input type="checkbox"/> 無		
受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 屋外喫煙場所設置 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
■ 診療・就業時間、休日など 就業時間 (始業) _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 (就業) _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 休憩時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 休日 (_____) ・ (_____) ・ (_____) 曜日 時間外労働 <input type="checkbox"/> 有 (月平均 _____ 時間) <input type="checkbox"/> 無 就業規則 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
給与	(ご記入下さい)		福利厚生 (○を付けて下さい)
基本給 (月給・時間給)	_____ 円		加入健康保険
諸手当 ・ 資格手当	_____ 円		・ 歯科医師国保
・ 通勤手当	_____ 円		・ 社会保険
・ _____	_____ 円		・ 国民保険
・ _____	_____ 円		その他加入保険
・ 時間外手当 (時間当たり)	_____ 円		・ 労働保険 (雇用保険+労災保険)
定期昇給 _____ 年 _____ 回			・ 厚生年金保険
賞与 _____ 年 _____ 回 (合計 _____ ヵ月分)			・ その他
退職金 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 以上勤務) <input type="checkbox"/> 無			研修会、講習会、勉強会
その他 _____			_____ 有 ・ 無
			その他 _____

求人番号	_____
------	-------

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

自院紹介：

医院構成：	歯科医師	人	歯科技工士	人
	歯科衛生士	人	歯科助手	人
	その他	人	合計	人

(医院の特色などメッセージがあればお書き下さい)

交通：略 図 (コピー貼付可)

J R	線	駅下車	徒歩	分
私鉄	線	駅下車	徒歩	分
バス	線	停下車	徒歩	分

※当事業所より知り得た個人的な情報は、「個人情報適正管理規程」に基づき適正に取り扱います。

※求人情報は県歯ホームページに掲載します。

HPへの掲載は年度末で入れ替えますので、継続される場合は当所にご連絡下さい。

「ホームページの掲載内容」①求人票No ②求人職種(常勤・パート) ③就業場所 ④勤務時間・休日
⑤給与・諸手当(パートの場合は時給) ⑥加入健康保健