

(既卒者用)

求 人 票

平成 年 月 日

フリガナ			就業時間	・就業時間	平 日	時	～	時
名 称	院長又は代表者氏名() 採用担当者氏名()印			・休 憩	曜 日	時	～	時
所在地	〒 ()		休 日	<診療時間>	平 日	時	～	時
				・休 日	曜 日	時	～	時
概 況	現況:開業年月日 年 月 日 歯科医師 名、歯科技工士 名、歯科衛生士 名 歯科助手 名、事務職員 名、診療台数 台 *就職している本校卒業生があればその名前を記入して下さい		1. 社会保険 *該当するものに○を付けて下さい ・国民健康保険 ・歯科医師国保 *(雇用主負担 % 本人負担 %) *国民健康保険・歯科医師国保については、負担割合をご記入下さい ・健康保険(政府管掌・健康保険組合) ・労働保険(労災・雇用) 2. 年金保健 *該当するものに○を付けて下さい ・厚生年金保険 ・国民年金保険 3. 退職金制度 (有・無)					
待 遇	①基本給	円	業 務 内 容 及 び 作 業 環 境 設 備	略図				
	②技能手当(有・無)	円						
	③皆勤手当(有・無)	円						
	④ 手当	円	募 集 人 員					
	合計(税込み)	円	要 望 事 項					
	⑤時間外手当(有・無)							
	⑥通勤手当(有・無)	《全額・一部》	最 寄 り 駅	線 駅 徒 歩 分 線 駅 徒 歩 分				
	⑦賞 与 夏季約 ヲ月分(万円)							
冬季約 ヲ月分(万円)		提 出 書 類	・履歴書 ・成績証明書 ・その他					
⑧昇 給 年間 %								
又は 円								