

歯科医師 求人票

No. _____
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

求人先	ふりがな							
	歯科医院名							
	ふりがな 代表者氏名				出身大学	卒業年度		
	所在地	〒 _____ TEL: _____			FAX: _____			
		メールアドレス			ホームページ			
	採用担当者							
	アクセス	線		駅	徒歩 バス	分		
	スタッフ構成 (うち非常勤数)	歯科医師 () 名		歯科助手 () 名		技工士 () 名		
		< 男性 名 女性 名 >		< 男性 名 女性 名 >		< 男性 名 女性 名 >		
		歯科衛生士 () 名		受付 () 名		その他 () 名		
< 男性 名 女性 名 >		< 男性 名 女性 名 >		< 男性 名 女性 名 >				
ユニット台数	台	レントゲン						
勤務条件		常勤		非常勤(アルバイト含)		その他設備		
	求人数	名		名		1日平均来院者数		
	給与					診療時間	平日	~
						診療時間	土日	~
						勤務時間	平日	~
						勤務時間	土日	~
	試用期間	ヶ月(円)	ヶ月(円)	※非常勤勤務日数 日				
	交通費				休日			
	昇給				他の休日 (連休)			
	賞与				有給休暇			
					退職金制度 有 (年勤務以上) ・ 無			
	加入保険							
	その他待遇							
アピールポイント								
提出書類				選考方法				
〈備考欄〉				☆ _____ は記入しないでください。 ☆採用決定の際は、至急学生課までご連絡ください。 ☆この求人票は受付日の年度末を掲示の期限とします。				