

(表面)

※受付年月日		求人申込票		※受付番号		
(ふりがな) 名称	診療時間		平日	: ~ :		
			土曜	: ~ :		
代表者名 (院長名)	勤務時間		平日	: ~ :		
出身大学			土曜	: ~ :		
設立			年 月	昼休み	: ~ :	
所在地			〒	残業	有(月 時間)・無	
				早番・遅番 のシフト	有(週 回)・無	
電話番号	来院者数		1 日 約 名			
交通機関	感染予防 対策法					
	線 駅下車 分	滅菌法				
	線 駅下車 分	宿舍施設	入 寮 可 ・ 否			
	線 駅下車 分					
	線 駅下車 分					
勤務者 状況	歯科医師	名	休日			
	歯科衛生士	名				
	歯科技工士	名	休暇			
	歯科助手	名				
	受付	名	有給休暇	年 日		
	その他	名				
	ユニット数	台	健康保険・歯科医師国保			
診療内容	一般・小児・矯正 その他()		加入保険等	各自で国保に加入(補助金 有・無)		
歯科衛生士の 仕事内容	歯科診療補助 歯科予防処置 保健指導 その他()			厚生年金・国民年金 雇用保険・労災保険・財形 その他()		
			退職金			

<注意事項> ●必要事項を詳細にご記入下さい。※印の個所は記入しないで下さい。

