※メールで送られる場合は、ワードデータをダウンロードしていただき、入力後ファイルを添付してお送りください。

（□で選択できる項目は、□の上で左クリックをしてチェックマークをつけて下さい）

※FAXで送られる場合は、PDFデータをプリントアウトしていただき黒のボールペンで記入してお送り下さい。

（２枚目は申込者の控えとして下さい）

・記載事項は必ず詳しく具体的にご記入下さい。・時間については、２４時間制で記入して下さい。

求　人　票任　給

医院長年齢

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　歳

〒 –

所在地

　　　　　　　ＴＥＬ（ ） 　-　 　　　　　ＵＲＬ

スタッフ構成

　　　　　　　歯科医師　（ ）名　　　歯科衛生士　（ ）名　　　歯科技工士　（ ）名

（うち非常勤

.　　　　　　 歯科助手　（ ）名　　　受付事務　 （ ）名

の人数）

　　　　　　　ユニット台数　　　　　 　台　　　　　　　　　来院患者数１日約　　　　 　名

求人数　　　　 　名　（　[ ] 増員　・　[ ] 欠員　）

　　　　　　　平　日　　　　　　　　　時　　分　から　　時　　分まで

　　その他［　土］曜日　　　時　　分　から　　時　　分まで

勤 務 時 間

　　　　　　　変形労働時間制　　有・無

　　　　　　　残　業　月平均　　　時間　　　残業手当　約　　　　円

　　　　　　　日曜日・祝日・（　 　）曜日　　　　夏期休暇　　日　　　　冬期休暇　　日

休日　　週休２日制（[ ] 完全・[ ] 隔週・[ ] その他　　　　　　　）

　　　　　　　有給休暇　[ ] 初年度　　日　２年目　　日　　　[ ] 法定どおり

加入保険　　[ ] 健康保険（[ ] 歯科医師国保・[ ] 社保・[ ] 組合）　　　　[ ] 厚生年金・[ ] 雇用・[ ] 労災

初任給

　 基本給　　　　 円　　　　　　　　　　　　　皆勤精勤手当　　　 円

（初任給には諸手

　　　　　　　衛生士手当　　　 円　　　　　 　 その他 その他手当　　　　　　円

（残業代除く）

当は含みません）

合　計　　　　 円　　　　　　　　　　　　　合計　　　 円

交通費　　[ ] 全　額　・　[ ] 限度額　　 円まで　　　[ ] マイカー通勤　　　[ ] 可　・　[ ] 不可

残業単価　　　　 円／時

賞 与

　　　初年度　　　　年　　　　回　　　　月（　　　ヵ月分）　　　月（　　　ヵ月分）

　　　　　　　２年目　　　　年　　　　回　　　　月（　　　ヵ月分）　　　月（　　　ヵ月分）

昇　　給　　年　　　回　　　月　　　　　　　円

退職金制度　　[ ] 無　・　[ ] 有（最低有資格　　 年以上）　就業規則　　　　 　[ ] 無　・　[ ] 有

試用期間　　[ ] 無　・　[ ] 有（　　ヵ月　　　　　　円）　見　　学　　 　 　[ ] 可　・　[ ] 不可

提出書類　　[ ] 履歴書・[ ] その他（　　　　　　　　　）　選考方法　[ ] 面接・[ ] その他(　 　　 　 )

主な業務

学校受付印

補足事項

学校法人伊勢学園　伊勢保健衛生専門学校　〒516-0018 三重県伊勢市黒瀬町562-13

ＴＥＬ(0596)22-2563　ＦＡＸ(0596)22-3563　　Email : shika@amigo2.ne.jp