

※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

事業所名				医院長年齢	
代表者名				歳	
所在地	〒 -				
	TEL ()	-	URL		
スタッフ構成 (うち非常勤 の人数)	歯科医師 () 名	歯科衛生士 () 名	歯科技工士 () 名		
	歯科助手 () 名	受付事務 () 名			
	ユニット台数	台	来院患者数1日約	名	
求人数	名 (<input type="checkbox"/> 増員 ・ <input type="checkbox"/> 欠員)				
勤務時間	平日 時 分 から 時 分まで				
	その他 [土] 曜日 時 分 から 時 分まで				
	変形労働時間制 有・無				
	残業 月平均	時間	残業手当 約	円	
休日	日曜日・祝日・() 曜日 夏期休暇 日 冬期休暇 日				
	週休2日制 (<input type="checkbox"/> 完全・ <input type="checkbox"/> 隔週・ <input type="checkbox"/> その他)				
	有給休暇 <input type="checkbox"/> 初年度 日 2年目 日 <input type="checkbox"/> 法定どおり				
加入保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 (<input type="checkbox"/> 歯科医師国保・ <input type="checkbox"/> 社保・ <input type="checkbox"/> 組合)			<input type="checkbox"/> 厚生年金・ <input type="checkbox"/> 雇用・ <input type="checkbox"/> 労災	
初任給 (初任給には諸手 当は含みません)	基本給	円	その他 (残業代除く)	皆勤精勤手当	円
	衛生士手当	円		その他手当	円
	合計	円		合計	円
交通費	<input type="checkbox"/> 全額 ・ <input type="checkbox"/> 限度額 円まで <input type="checkbox"/> マイカー通勤 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可				
残業単価	円/時				
賞与	初年度	年	回	月 (カ月分)	月 (カ月分)
	2年目	年	回	月 (カ月分)	月 (カ月分)
昇給	年 回 月 円				
退職金制度	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (最低有資格 年以上)		就業規則	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
試用期間	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (カ月 円)		見学	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可	
提出書類	<input type="checkbox"/> 履歴書・ <input type="checkbox"/> その他 ()		選考方法	<input type="checkbox"/> 面接・ <input type="checkbox"/> その他 ()	
主な業務					
補足事項					学校受付印
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					