

## 歯科衛生士 求人票A

※□欄には✓点チェックをご記入ください。

受付日	年 月 日
受付番号	

求人先	フリガナ		フリガナ		
	名称		代表者名		
	所在地	〒			
	連絡先	担当者名：	TEL：		
	最寄りの交通機関	線 駅 徒歩 分		駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
現況	診療時間	平日 時 分 ~ 時 分 ( ) 曜日 時 分 ~ 時 分 ( ) 曜日 時 分 ~ 時 分 ( ) 曜日 時 分 ~ 時 分	スタッフ 歯科医師 名 歯科衛生士 名 歯科助手 名 歯科技工士 名 その他 名	設備 チェア ( )台 歯科衛生士専用チェア <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 スタッフルーム <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	診療科目 業務内容				
採用条件	求人数	<input type="checkbox"/> 常勤 ( 名 )	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 名 )	就業規則 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	就業時間	平日 時 分 ~ 時 分 ( ) 曜日 時 分 ~ 時 分 ( ) 曜日 時 分 ~ 時 分 ( ) 曜日 時 分 ~ 時 分	休日	<input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 週休2日制 ( ) 曜日 その他 ( )	
			休憩	( ) 分	
			残業	<input type="checkbox"/> 有 ( 週平均 時間 ) <input type="checkbox"/> 無	
	常勤	基本給	円 ~ 円	非常勤 時給 円 時 分 ~ 時 分 時給 円 時 分 ~ 時 分 日額 円 時 分 ~ 時 分	◇その他追記事項
		手当	円 円 円 円		
		合計	円 ~ 円		
賞与		年 回 ヶ月分			
加入保険等	歯科医師国保	<input type="checkbox"/> 有 (雇用負担 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無	通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 定額 (最高 円) <input type="checkbox"/> 無	
	社会保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金	退職金制度	<input type="checkbox"/> 有 (勤続 年以上) <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )	6ヶ月経過後の年次有給休暇日数 ( ) 日		
選考方法	見学受け入れ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	必要書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	選考方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
◇その他 (ご希望事項等)					

※掲載期間は3か月間です。

(公社) 大阪府歯科衛生士会ハイジニストセンター 歯科衛生士無料職業紹介所