

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：			
現況	最寄りの交通機関	線		駅 徒歩 分	駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	診療時間	平日	時 分 ~ 時 分	スタ 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					
	求人人数	<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	
採用条件	就業時間	平日	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 ()	
	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	
		手当	円 円 円 円	◇その他追記事項		
		合計	円 ~ 円			
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 社会保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他 ()	通勤手当 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 定額 (最高 円) <input type="checkbox"/> 無 退職金制度 <input type="checkbox"/> 有 (勤続 年以上) <input type="checkbox"/> 無 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 選考方法 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> その他 ()	必要書類 <input type="checkbox"/> 履歴書 <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