

求人票  
(兼 就業条件明示書)

*発	
*紹	

地域歯科保健  
(講師依頼、歯科健診補助等)

( \*は記入しないで下さい )

※選択するものは○で囲んでください

*受付日	年 月 日	*求人番号		*担当者	
(ふりがな)					
市町村あるいは事業所名					
(ふりがな)					
代表者名					
所在地	〒( )	TEL			
		FAX			
		担当者			
事業名					
仕事の内容	1. 歯科保健指導 2. 予防処置(フッ化物塗布) 3. 歯科診療補助 4. 歯科健診補助				
	5. その他 詳細記入 ( )				
期間	年 月 日	～	年 月 日		
就業時間		:	～	:	
集合時間		:			
時間外	1. 有		2. 無		
休憩時間	1. 有		2. 無		
就業場所					
住所					
求人数	名				
賃金	円	1. 日給	2. 時給		
		諸手当	昇給	賞与	退職金
交通費	1. 含む		2. 別途支給 ( 円 )		
支払日	1. 毎月		2. 日		
労災保険の適用	1. 有				
その他加入保険					
試用期間	1. 有 ( )		2. 無		
受動喫煙対策	1. 有 (事務所内禁煙)		2. 無		

私どもは、この求人申込みの時点において、職業安定法に規定する求人不受理の対象に該当いたしません。