

2025年

●必要事項を記入または○印で囲み、メール、FAX、 、郵送で送付ください。

(ふりがな)						
市町村名あるいは事業所名						
(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 歯科健診補助 3 講師（歯科講話等）					
	4 その他 詳細記入 （ ）					
期 間	西暦	年	月	日	～	西暦 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				
		1 諸手当 2 昇給 3 賞与 4 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。

(事務局使用欄)

受付日	年	月	日	発		紹	
求人番号				受付者			