求　人　票

2025年

（兼 就業条件明示書）

地 域 歯 科 保 健
（講師依頼、歯科健診補助 等）

●必要事項を記入、色付セルはドロップダウンリストから選択し、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	令和　　年　　月　　日　～　令和　　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			