

# 求人票

(兼 就業条件明示書)

日 雇 い

( \*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 ( ○ ←コピーしてお使いください )

*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. 歯科検診補助						
	5. その他 詳細記入 ( )						
日時	年 月 日 ~			年 月 日			
	:			~		:	
時間外	有			無			
休憩時間	有			無			
就業場所							
住所							
歯科衛生士求人数	名						
支給額	円 交通費 1.含む 2. 別途支給( )						
労災保険の適用	有						