

求 人 票

(兼 就業条件明示書)

*発

*紹

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

* 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		
	実施時間 : ~ :		
	集合時間 :		
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		
受動喫煙防止措置の 状況	敷地内禁煙	有 無	