

常勤・パート
(どちらかに○をつけて下さい)

求人票

(兼 就業条件明示書)

歯科診療所

(*は記入しないでください)

- 求人決定、条件変更等の場合は必ずお知らせ下さい。
- この求人票の有効期限は、原則、受付した翌月を1か月目とし、6か月目の末日までです。
- 選択するものは○で囲んでください

*受付者

*求人番号		*受付日		*紹介期限					
(ふりがな)									
診療所名									
(ふりがな)									
院長名		年齢		歳					
所在地	〒()								
	(町名まで記入)	市		区					
	(番地以降を記入)								
	TEL		FAX						
	メールでの連絡をご希望の場合は、アドレスを記入してください								
最寄りの交通手段			自家用車	可	不可				
構成 スタッフ	1. 歯科医師 名	2. 歯科衛生士 名	3. 歯科技工士 名	4. アシスタント 名	5. その他 名 合計 名				
主たる診療内容	1. 一般歯科 2. 小児歯科 3. 矯正歯科 4. 病院歯科 5. その他()								
就業規則	有・無	予約制	有・無	1日平均 来患者数	人/日	ユニット 台数	台		
期間	1. 雇用期間の定めなし 2. 年 月 日～ 年 月 日								
求人数	人	主な業務							
賃金	1. 基本賃金	a. 基本給	b. 日給	c. 時給	() 円				
	2. 諸手当	イ()	手当 () 円	ロ()	手当 () 円	ハ()	手当 () 円		
	3. 経験年数の加味	有・無							
	4. 給与支払日	毎月	日						
	5. 昇給	有・無	《年()回	() 円》					
	6. 賞与	有・無	《年()回	()ヶ月分》					
	7. 退職金	有・無	《					》	
	8. 交通費	イ	全額	ロ()	まで				
就業時間	1. 平日	時 分	～	時 分					
	2. 曜日	時 分	～	時 分					
	3. 昼休み	時 分	～	時 分					
	4. 残業	有・無							
休日	1. 日曜 祝日				試用 期間	1. 有・無			
	2. その他 ()					2. その期間()ヶ月			
加入保険	1. 健康保険				有給 休暇	3. 賃金 ()			
	a 社会保険					1. 6ヶ月間継続勤務した場合			
	b 歯科医師国保					a. 法令付与分			
	2. 年金 (厚生・国民)					b. 法令付与分を上回る()日			
3. 雇用・労災保険				2. 継続6ヶ月以内の年次有給休暇					
4. その他()				有・無()ヶ月経過で ()日					
受動喫煙対策	1. 有 (事務所内禁煙)		2. 無						
アピール ポイント									

□ 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。