

求人票

(兼 就業条件明示書)

(どちらかを選択してください)

歯科診療所

- 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。
- 求人決定、条件変更等の場合は必ずお知らせ下さい。
- 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。

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			
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	合計
	4 アシスタント	名	5 その他	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 令和 年 月 日～ 令和 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 □ ()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 (月平均 時間) ・ 無					
休日	1 日曜 祝日						
	2 その他 ()						
加入保険	1 健康保険						
	a 社会保険						
	b 歯科医師国保						
	2 年金 ()						
3 雇用・労災保険							
4 その他()							
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。

(事務局使用欄)

受付日	令和 年 月 日	受付者	
求人番号		紹介期限	