

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、受付した月を1か月目とし、3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 ( ← コピーしてお使い下さい。 )

\*受付 \*受付者

*求人番号										
*受付更新年月日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
*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				
	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)				
アピール ポイント	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)					