

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、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 (  ← コピーしてお使い下さい。)

\*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			
アピール ポイント							