常勤 ・ パート
（どちらかに〇をつけて下さい）

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。

●選択するものは〇で囲んでください（ ○ ← 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 2. その他 （ ）

試用期間	1. 有 ・ 無 2. その期間（ ）ヶ月 3. 賃金（ ）

加入保険	1. 健康保険 a 社会保険 b 歯科医師国保 2. 年金 （ 厚生 ・ 国民 ） 3. 雇用・労災保険 4. その他（ ）

有給休暇	1. 6ヶ月間継続勤務した場合 a. 法令付与分 b法令付与分を上回る（ 日） 2. 継続6ヶ月以内の年次有給休暇 有 ・ 無（ ヶ月経過で 日）

アピールポイント	