

求 職 票

No.4-3

地 域 保 健 活 動 用

(*は記入しないで下さい)

◎ 登録票を提出された方のみ有効です。

※選択する数字を○で囲んでください

* 受付日	年 月 日	*求職者番号		*受付者	
(ふりがな)				TEL	
氏 名				FAX	
				携帯	
	年 月 日生			e-mail	
現住所	(〒)				
歯科衛生士 免 許	【登録年月日】 年 月 日		【登録番号】 ()		
希 望 条 件	就職先	1 市町村・保健所 2 企業健診 3 高齢者・障害者等 4 幼稚園・保育所 5 学校歯科 6 休日急患 7 その他()			
	賃 金	1 時 給 () 円 2 日 給 () 円		都合のよい日	1 相談による 2 月・火・水・木・金・土・日
	就業地域	(市区町村単位で具体的にご記入下さい)			
求人情報	1 郵送希望 2 FAX希望 3 メール				
職 歴 経験年数	診 療 所	1 一般歯科 ()年	2 小児歯科 ()年		
		3 矯正歯科 ()年	4 病院歯科 ()年		
		5 口腔ケア ()年	6 施設等 ()年		
	公衆衛生	1 市町村保健所 ()年	2 企業健診 ()年		
		3 高齢者・障害者 ()年	4 幼稚園保育園 ()年		
5 学校歯科 ()年	6 その他 ()年				
アピール ポイント					
研修会 受講歴等	1 認定研修 2 口腔ケアリーダ研修				
	3 DH会 口腔ケア研修(講義)		4 DH会 口腔ケア研修(実技)		
	5 その他口腔ケア研修		6 救急救命研修		

・ここに掲載された内容は、歯科衛生士の職業紹介以外のことには使用しません。