

求 職 票

地 域 歯 科 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	年 月 日生			FAX	
				携帯	
				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 介護予防事業	8 その他 ()		
	賃 金	1 時 給 () 円		都合のよい日	
		2 日 給 () 円	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 訪問歯科 ()年	6 介護施設等 ()年		
	地域歯科 保健	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 介護予防事業 ()年			
アピール ポイント					
研修会 受講歴等	1. 日本歯科衛生士会認定研修 2. 福岡県歯科医師会リカバリー研修 3. 口腔健康管理に関する研修 4. 乳幼児・学童歯科保健に関する研修 5. ペリオ・歯科診療に関する研修 6. 救急救命研修・医療安全に関する研修				

・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。