

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				FAX	
				携帯	
	年 月 日生			e-mail	
現住所	(〒)				
歯科衛生士 免 許	【登録年月日】		【登録番号】		
	年 月 日	()			
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			都合のよい日	
	1 時 給 () 円	1 相談による			
	2 日 給 () 円	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 メール	2 FAX希望	3 郵送希望		
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。