2025年

求　職　票

地域歯科保健活動

●この求職票は登録票を提出された方のみ有効です

●必要事項を記入、☑を入れ、メール、FAX、郵送で送付ください。

（ふりがな）		生　年　月　日	
氏　　名		西暦 年　　月　　日生	
TEL	□　自宅　　□　携帯		
FAX			
e-mail			
現住所	〒　　ー		
通勤手段	□　自家用車可　　□　自家用車不可		
歯科衛生士 免　　許	【登録年月日】 年　　月　　日	【登録番号】	
その他 免許資格			
希 望 条 件	就業先	□　乳幼児健診　□　企業健診 □　幼稚園・保育園　□　学校歯科保健指導 □　高齢者・介護予防事業　□　休日急患診療	
	賃金	□　時 給　（　　）　円 □　日 給　（　　）　円	
	就業地域	※ 市区町村単位で具体的にご記入下さい ①　②　③　④ ⑤　⑥　⑦　⑧	
	希望の曜日	□　相談による □　月　□　火　□　水　□　木　□　金　□　土　□　日	
求人情報	□　メール　□　FAX　□　郵送		
就業歴	□　診療所　□　休日急患診療　□　企業健診 □　乳幼児健診　□　幼稚園・保育所　□　学校歯科保健指導 □　高齢者・介護予防事業		

ここに掲載された内容は、歯科衛生士の職業紹介以外の事には使用しません

（事務局使用欄）

受付日	年　　月　　日	求職者番号		受付者	