

# 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、☑、色付セルはドロップダウンリストから選択し、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 <span style="background-color: #cccccc;">  </span> 月 <span style="background-color: #cccccc;">  </span> 日生	
TEL	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯			
FAX				
e-mail				
現住所	〒      ー			
通勤手段	<input type="checkbox"/> 自家用車可 <input type="checkbox"/> 自家用車不可			
歯科衛生士 免 許	【登録年月日】 <span style="background-color: #cccccc;">  </span> 年 <span style="background-color: #cccccc;">  </span> 月 <span style="background-color: #cccccc;">  </span> 日	【登録番号】		
その他 免許資格				
希 望 条 件	就業先	<input type="checkbox"/> 乳幼児健診 <input type="checkbox"/> 企業健診 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園 <input type="checkbox"/> 学校歯科保健指導 <input type="checkbox"/> 高齢者・介護予防事業 <input type="checkbox"/> 休日急患診療		
	賃金	<input type="checkbox"/> 時 給 (                      ) 円 <input type="checkbox"/> 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
		⑤	⑥	⑦
		⑧		
希望の曜日	<input type="checkbox"/> 相談による <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日			
求人情報	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送			
就業歴	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 休日急患診療 <input type="checkbox"/> 企業健診 <input type="checkbox"/> 乳幼児健診 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育所 <input type="checkbox"/> 学校歯科保健指導 <input type="checkbox"/> 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	
-----	-----------------	-------	--	-----	--