

(既卒者用)

求 人 票

年 月 日

ふりがな			就業時間	・就業時間 平日 時 ～ 時 曜日 時 ～ 時	
名 称	院長又は代表者氏名() 採用担当者氏名() 印)			・休 憩 時 ～ 時 〈診療時間〉 平日 時 ～ 時 曜日 時 ～ 時	
所在地	〒 () ー		休 日	・休 日 土・日・祝・(曜日) ・有給休暇 有・無	
概 況	現況:開業年月日 年 月 日 歯科医師 名、歯科技工士 名、歯科衛生士 名 歯科助手 名、事務職員 名、診療台数 台 *就職している本校卒業生があればその名前を記入して下さい		1. 社会保険 *該当するものに○を付けて下さい ・国民健康保険・歯科医師国保 *(雇用主負担 % 本人負担 %) *国民健康保険・歯科医師国保については、負担割合をご記入下さい ・健康保険(政府管掌・健康保険組合) ・労働保険(労災・雇用) 2. 年金保健 *該当するものに○を付けて下さい ・厚生年金保険・国民年金保険 3. 退職金制度 (有・無)		
待 遇	①基本給	円	業 務 内 容 及 び 作 業 環 境 設 備	略図	
	②技能手当 (有・無)	円			
	③皆勤手当 (有・無)	円	募 集 人 員		歯 科 衛 生 士 名
	④ 手当 合計(税込み)	円	要 望 事 項		
	⑤時間外手当 (有・無)		最 寄 り 駅		線 駅 徒歩 分
⑥通勤手当 (有・無) 《全額・一部》		線 駅 徒歩 分			
⑦賞 与 夏季約 ヵ月分(万円) 冬季約 ヵ月分(万円)		提 出 書 類	・履歴書 ・成績証明書 ・その他		
⑧昇 給 年間 % 又は 円					