

係	課 長	就職担当(3年担任)			就職担当教員	学科長

新卒 ・ 既卒		求 人 票										※ 番 号				
申込	令和 年 月 日											年 月 日		令和 . .		
求 人 者	ふりがな											開設 年月	明治・大正 年 月			
	事業所名												昭和・平成			
	ふりがな											電話 番号	市 外 ()			
	所 在 地	(〒 -)											-			
	ふりがな						(印)	年	歳	予約制	有 ・ 無					
	代表者名							齢		患者数 (一日平均)	人					
従 業 員 構 成	歯科 医師	人	歯科 衛生 士	人	歯科 技 工 士	人	助 手	人	そ の 他	人	合 計	人	ユニット 台 数	台		
特 色 要 望 等											採用事務 担 当 者	役 職				
													氏 名			
求人数		名	職種	歯科衛生士			職務 内容				就業 場所	1. 求人者住所に同じ 2. ()				
勤 務 条 件	所 定 時 間 内 賃 金	基 本 給		円		勤 務 時 間	平 日		土曜日		曜日		休 日	日曜・祝日・ (曜日) 年末年始休暇 (日間) 夏 季 休 暇 (日間) そ の 他 () 週休2日制 有 (月 回) ・ 無		
		手 当		円			:		~		:			~		
		手 当		円			:		迄		:			迄		
		手 当		円			:		迄		:			迄		
		手 当		円			:		迄		:			迄		
		計(税込)		円			:		迄		:			迄		
	試 用 期 間 中 の 賃 金		円		試用期間 (ヶ月)		有・無						有 給 休 暇	6ヶ月後 (日) 6ヶ月~1年6ヶ月迄 (日) 1年6ヶ月~2年6ヶ月迄 (日) 2年6ヶ月~ (日)		
	昇給		前年度実績 年 回 円 (内、定期昇給分 円)		交 替 制		有 (: ~ :) (: ~ :)							賃 金 支 払 日	月 給 ・ 日給月給 そ の 他 ()	
	通勤手当 月 額		全 額 ・ 又 は (円 まで)		休 憩		その他 (: ~ :)						加 入 保 険 等	社会保険・歯科医師国保 労働保険 (労災 ・ 雇用) 厚 生		
	賞与年額 (前年度実績)		1. 基 本 給 2. () × 月 分		残 業		時 分 から 時 分 まで そ の 他 ()						就 業 規 則	有 ・ 無		
	補 足 事 項					給 与 規 定		(有 ・ 無) 月平均 時間						退 職 金 制 度	有 ・ 無	
						1時間当り 円										
	応 募	受付期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ・ 令和 年 月 日以降随時													
		提出書類	1. 履歴書 (J I S 規格) 2. 写 真 3. 成績証明書 4. 卒 業 (見 込) 証 明 書 5. 健 康 診 断 書 6. ()											見 学 (可 ・ 不可)		
書 類 提出先		1. 上 記 求 人 者 所 在 地														
	又 は	(〒 -) 線 駅 (バ ス 停) 徒 歩 分										電 話	市 外 () -			
選 考	日 時	1. 令和 年 月 日 (時 分)											携 帯 品 旅 費	1. 応募提出書類 2. 筆 記 具 3 印 鑑 4. ()		
		2. 状況により後日連絡														
	場 所	1. 上 記、求 人 者 所 在 地 2. ()											1. 支 給			
	方 法	1. 面 接 2. 筆 記 (学 科 ・ 常 識 ・ 作 文) 3. ()											2. 支給しない			

(注) 1. 裏面を併せて太線枠内をご記入下さい。
2. 求人内容を変更したときや、求人が充足したときは、速やかにお知らせ下さい。
3. ※受付欄は記入しないで下さい。

貴院（所）への簡単な案内図をお書き下さい。（目標・距離を併せて記入いただければ幸いです。）

(利用交通機関)

※尚、貴歯科医院（診療所）全景の写真を同封して頂ければ有難いです。

今回の求人理由及び貴診療所の特色や希望事項など、ご自由にお書き下さい。

(求人理由)

(特色や希望事項等)

アンケート

貴院名：_____

1. 見学前および面接前、学生からアポイントのお電話をいたします。
ご希望の時間帯がございましたら、当てはまるものにチェックを入れてください。

- ☐ 診療開始前
- ☐ 午前の診療中
- ☐ 休憩時間中
- ☐ 午後の診療中
- ☐ いつでも連絡可
- ☐ その他 ()

※ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承をお願いいたします。

2. 本学では、**見学および面接を理由にした授業の欠席ができませんので、平日の放課後（16 時 20 分授業終了）か土日祝日**にお願いしております。
ご希望の曜日がございましたら、当てはまるものにチェックを入れてください。

- ☐ 平日の放課後
- ☐ 土曜
- ☐ 日曜・祝日
- ☐ 休診日以外はいつでも可
- ☐ その他 ()

※ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承をお願いいたします。

3. 本学の学生を採用したことがおありでしたら、歯科衛生士名をご記入ください。

【在職中】

氏名：	(旧姓：)	昭和・平成・令和	年本学卒業
氏名：	(旧姓：)	昭和・平成・令和	年本学卒業

【過去に採用】

氏名：	(旧姓：)	昭和・平成・令和	年本学卒業
氏名：	(旧姓：)	昭和・平成・令和	年本学卒業

ご協力、誠にありがとうございました。