|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 係 | 衛生事務 | 課 長 | 衛生就職担当（３年担任） | 学科長 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 新卒 ・ 既卒 | **求 人 票** | ※ 受付 | 番 号 |  |
| 申込 | 令 和 年 月 日 | 年月日 | 令 和 　　　・ 　　・ |
| 求人者 | ふりがな事業所名 |  | 開設年月 | 明治・大正年 月昭和・平成 |
|  |
| ふりがな所 在 地 |  | 電話番号 | 市 外 （ ）－ |
| （ 〒 － ） |
| ふりがな代表者名 |  | (印) | 年齢 | 歳 | 予約制 | 有　 ・ 　無 |
|  |
| 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 |  | 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 |
| 勤務時間 | ： ～： 迄 | ： ～： 迄 | ： ～： 迄 |
| 手当 | 円 |
| 手当 | 円 |
| 手当 | 円 | 有 給休 暇 | 6ｹ月後 ( 日 )6ｹ月～1年6ｹ月迄 ( 日)1年6ｹ月～2年6ｹ月迄( 日) 2年6ヶ月～ 　　 ( 日)  |
| 診療時間 | ： ～： 迄 | ： ～： 迄 | ： ～： 迄 |
| 手当 | 円 |
| 計(税込) | 円 |
| 試 用 期 間 中の 　　賃 　　 金 | 円試用期間（ ヶ月） | 賃 金形 態 | 月 給 ・ 日給月給そ の 他 （ ） |
| 交替制 | 有・無有 （ ： ～ ： ）（ ： ～ ： ） |
| 昇給 | 前年度実績 年 回 円 （ 内 、 定期昇給分 円 ） | 賃 金支払日 | 毎 月 （ 日 ） |
| 宿舎・賄 | 有 ・ 無 |
| 通勤手当月 額 | 全 額 ・ 又 は （ 円 まで ） | 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 |
| 休憩 | 時 分 か ら 時 分 ま でそ の 他 （ ） |
| 補足事項 |  | 就業規則 | 有 ・ 無 |
| 残業 | （ 有 ・ 無 ） 月平均 時間１時間当り 円 | 給与規定 | 有 ・ 無 |
| 退 職 金制 度 | 有 ・ 無 |
| 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（ＪＩＳ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 | 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．（ ） |
| 旅費 | １．支 給２．支給しない |
| 方 法 | １． 面 接 ２． 筆 記 （ 学 科 ・ 常 識 ・ 作 文 ） ３．（ ） |

（注）１．裏面を併せて太線枠内をご記入下さい。 福岡医療短期大学

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。 （歯科衛生学科）

３．※受付欄は記入しないで下さい。

（求人票裏面）

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。

1. 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かねます。

そのため、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。

1. 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 | 年本学卒業 |
| 氏名： | （旧姓： | ）昭和・平成 | 年本学卒業 |

【過去に採用】

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

ご協力、誠にありがとうございました。