|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | 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。