

求 人 票

◎雇用形態及び求人職種ごとに求人票をご提出ください
※太枠内の項目を☑(or■)または記入して下さい

協同組合記入欄

No.

受 理 日 : 年 月 日

有効期限 : 年 月 日

雇 用 形 態	☐ 常用 ☐ 臨時(パート)		雇 用 期 間	☐ なし ☐ あり(~)	
求 人 職 種	☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士 ☐ 歯科技工士 ☐ 歯科助手 ☐ 一般事務			採用人数	名
年 齢	☐ 年齢問わず ※法律により年齢制限には例外事由が必要です ☐ () 歳以上・() 歳以下 ⇒ 事由 :				
賃 金	基 本 給	円～	円	賞 与	☐ あり(年間 月分) ☐ なし
☐ 月給 ☐ 時給 ☐ 日給 ☐ 年俸	通 勤 手 当	円～	円		
	手 当	円～	円	昇 給	年 回 (月)
	手 当	円～	円	退職金制度	☐ あり ☐ なし
	手 当	円～	円	その他	
合 計	円～	円			
休 日	☐ 土曜(午後・隔週・毎週・月に 日) ☐ 日曜 ☐ 祝日 ☐ 木曜 ☐ () 曜 ☐ 年末年始(/ ~ /) ☐ その他()				
勤 務 時 間	平 日 : 時 分 ~ 時 分 (内休憩 時間 分) () 曜 日 : 時 分 ~ 時 分 (内休憩 時間 分) () 曜 日 : 時 分 ~ 時 分 (内休憩 時間 分) ※常用 ⇒ ①交替制 ☐ 有 ☐ 無 ②残業時間(月平均 時間) ※臨時 ⇒ ①1日当たり 時間 ②1週間あたり 日間				
加 入 保 険	☐ 雇用保険 ☐ 労災保険 ☐ 歯科医師国保 ☐ 健康保険 ☐ 厚生年金保険				
マイカー通勤	☐ 可 ☐ 不可	試 用 期 間	☐ あり(月) ☐ なし		
選 考 方 法	☐ 書類選考 ☐ 面接 ☐ 筆記試験 ☐ その他()				
必要な資格・経験等					
仕事内容(具体的にご記入下さい)			医院のアピールポイント、特徴、他特記事項		
県歯ホームページへの求人情報掲載			☐ 可 ☐ 不可 ☐ 一部不可(項目 :)		

求 人 者	所 在 地	〒 市・郡			
	事業所名				
	フリガナ* 代 表 者	(会員コード 81-)		フリガナ 担 当 者	(代表者と同じ場合は記入不要)
	T E L	- -		F A X	- -
	E-mail			ホームページ	
	従業員数	歯科医師__名	歯科技工士__名	歯科衛生士__名	歯科助手__名 受付__名

※求人者欄は、再登録かつ内容に変更がない場合は、代表者名・会員コードのみご記入ください

届出受理番号:46-特-000001 厚生労働大臣届出:平成16年3月17日
鹿 児 島 県 歯 科 医 師 協 同 組 合 無 料 職 業 紹 介 所
TEL:099-222-6982 FAX:099-226-3353 E-mail:kyokumi@8020kda.jp

(再登録でなおかつ変更がない場合は記入不要)

最寄りの駅・バス停等

()より徒歩()分

() より車で () 分

所在地の略図