

求 職 票

※太枠内の項目を記入または☑して下さい

※面接時には各自履歴書をご用意ください

協同組合記入欄

No.

受 理 日 : 年 月 日

有効期限 : 年 月 日

フリガナ 氏 名				性 別	☐男 ☐女
年 齢	歳	生 年 月 日	西 暦	年	月 日 生
取 得 免 許 等	☐歯科医師 ☐歯科衛生士		免許番号	第	号
	☐歯科技工士				
	☐歯科助手	認定証番号	種	第	号
連 絡 先	〒 _____ 都道 _____ 府県 _____ 郡市区 _____				
	TEL _____ FAX _____				
	携 帯 _____				
最 終 学 歴	学校名 (_____) ☐卒業 ☐卒業見込み				
希 望 職 種	☐歯科医師 ☐歯科衛生士 ☐歯科技工士				
	☐歯科助手 ☐一般事務				
就 職 形 態	☐常 用 ☐臨 時 (パート)				
希 望 就 職 先	☐歯科医院 ☐歯科技工所 ☐その他 (_____)				
就職希望条件	就 業 時 間 : _____ 時 _____ 分 から _____ 時 _____ 分 まで				
	希 望 収 入 : _____ 円以上 (時給 _____ 円以上)				
	就 職 希 望 地 : _____ 市・郡 _____ 町				
	そ の 他 : _____				
求人者への 情 報 提 供	求人者へあなたの希望している職種、就職地のみの情報を公開します (その他の氏名等の個人情報は公開されません) ☐承諾する ☐承諾しない				
求 人 情 報 メ ー ル 配 信	最新の求人情報をメールで配信します ☐希望する ⇒ メールアドレス _____ ☐希望しない				
そ の 他 (アピールした いこと、取得 資格 etc…)					

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