

# 歯科衛生士求人票(1-1)

※受付日	
※登録番号	

求人票の有効期間	受付日より6か月間
----------	-----------

○記入方法: ※は記入しないでください。空欄に記入し、該当するものに○印をつけてください。(複数可)

求人先	名 称			
	代表者名			
	所在地 (就業地)	(〒 )		
	連 絡 先	T E L	F A X	
		Eメール		
担当者名				

スタッフ	歯科医師 名	歯科衛生士 名	歯科助手 名	
ツフ	歯科技工士 名	受付 名	その他 名	

雇用条件	就 業 時 間	平日 時 分 ~ 時 分 ( )曜日 時 分 ~ 時 分 ( )曜日 時 分 ~ 時 分 昼休み 時 分 ~ 時 分 休日(曜日) 週 休 日 有給休暇 年間 日 夏季休暇 日 冬季休暇 日 試用期間 無・有( )
	給 与	基本給 円 賞与(年間) 円 毎月 時間給 円 昇給制度 有(年 回)・無 手当 有・無 退職金制度 有・無 ( )手当 円 時間外労働 有・無 ( )手当 円 (時間外時間給 円) 交通費 全額支給・上限あり( 円まで)

諸制度	就 業 規 則	有・無
	受動喫煙防止措置状況	有・無 ( )
	健 康 保 険	社会保険・歯科医師国保・未加入
	年 金 保 険	厚生年金・国民年金(一部負担・未加入)
労 働 保 険	労災保険・雇用保険・未加入	

求人人数	常 勤 名	雇用期間: 定めなし・( )年契約	パート(月・火・水・木・金・土・日)
	非 常 勤 名	雇用期間: 定めなし・( )年契約	時 分 ~ 時 分
	パ ー ト 名	雇用期間: 定めなし・( )年契約	時 分 ~ 時 分

自己申告書 ※右の項目へご回答ください。 右の通り、私どもは職業安定法不受理の対象に該当いたしません。(代表者名 )	労働関係法違反による指導を受けていない(はい・いいえ) 暴力団員でない(はい・いいえ)
---	--

<院長・スタッフからのメッセージ> (診療内容・業務内容など)	<最寄駅からの時間> 線 ・ 線 駅 ・ 駅 分 ・ 分
---------------------------------	---------------------------------------

※ 求人票のご返送は郵送又は電子メールでお願いします。(FAXは不可)

住所: 〒650-0004 神戸市中央区中山手通5-2-13 四宮神社会館 2階

(公社)兵庫県歯科衛生士会 ひょうご歯科衛生士人材センター無料職業紹介所 TEL:078-341-1580

Eメール: hdha-zinzai@aurora.ocn.ne.jp

R7. 4. 1改定