

歯科衛生士求人票(1-2)

※受付日	
※登録番号	

○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	(〒)			
	連絡先	TEL		FAX	
		Eメール			
担当者名					
実施事業	事業名				
	実施日時	平成 年 月 日(曜日) 時 分 ~ 時 分 集合時間:()			
	実施場所	(〒)			
	TEL				
	会場名				
	事業対象者	(1)妊婦 (2)乳幼児 (3)保育所 (4)幼稚園 (5)学校 (6)成人 (7)企業 (8)障がい者 (9)在宅訪問(高齢者・障がい者) (10)施設訪問(高齢者・障がい者)			
	業務内容	(1)健診介助 (2)個別保健指導 (3)集団保健指導 (4)予防処置(歯石除去) (5)予防処置(フッ化物塗布)			
条件	求人数	()人			
	賃金		交通費	賃金に含む・実費支給・その他()	
	その他希望事項				