

# 求人票

年 月 日

求人先	ふりがな		病院の情報	代表者	役職				
	名称			設立	年	月	日		
	所在地	〒 -		ユニット数			台		
	TEL			1日の患者数			人		
	FAX			全従業員数			人		
	E-mail			内訳	男	女	計		
	URL			歯科医師	人	人	人		
	書類提出先	〒 -		歯科衛生士(常勤)	人	人	人		
	採用担当	氏名		歯科衛生士(非常勤)	人	人	人		
	医院の特長			歯科助手	人	人	人		
		歯科技工士	人	人	人				
		受付	人	人	人				
		その他	人	人	人				
労働条件等	業務内容		毎月の賃金	賃金形態	<input type="checkbox"/> 月給制	<input type="checkbox"/> 日給月給制	<input type="checkbox"/> 日給制		
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 正社員以外(契約・嘱託)		賃金支払日	毎月	日			
	雇用期間	<input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> アルバイト		賃金締切日	毎月	日			
	就業時間	雇用期間の定め		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	初任給	<input type="checkbox"/>	年	月	現行 <input type="checkbox"/> 見込み
		契約更新の可能性		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	a 基本給			円	
		①午前 時 分～午後 時 分			b 定額的に支払われる手当				
	②午前 時 分～午後 時 分			時間外手当		円/時間(A)	月平均	時間(X)	
	③午前 時 分～午後 時 分			手当		円(B)			
	時間外	<input type="checkbox"/> あり(月平均 時間) <input type="checkbox"/> なし		手当		円(C)			
	休日	<input type="checkbox"/> 完全週休二日制( 曜・ 曜)			手当		円(D)		
		<input type="checkbox"/> 変形週休二日制( 曜・ 曜)			※ b 手当 = AX+B+C+D				
		<input type="checkbox"/> その他			a 基本給+b 手当 = 毎月の賃金合計			円	
	有給休暇(初年)	日		通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額支給	<input type="checkbox"/> 定額支給(限度額	円)		
	年間休日数	日		住宅手当	<input type="checkbox"/> 全額支給	<input type="checkbox"/> 定額支給(限度額	円)		
	育児休業	<input type="checkbox"/> 取得実績あり <input type="checkbox"/> なし		昇給	(ベースアップ込みの)	<input type="checkbox"/> あり(年 回	%程度)		
介護休業	<input type="checkbox"/> 取得実績あり <input type="checkbox"/> なし	前年度実績)	<input type="checkbox"/> なし						
看護休暇	<input type="checkbox"/> 取得実績あり <input type="checkbox"/> なし	賞与	(前年度実績)		<input type="checkbox"/> あり(年 回・計	ヵ月分)			
加入保険等	<input type="checkbox"/> 雇用保険		選考等	施設見学	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
	<input type="checkbox"/> 労災保険			応募書類	<input type="checkbox"/> 履歴書				
	<input type="checkbox"/> 健康保険				<input type="checkbox"/> 成績証明書				
	<input type="checkbox"/> 厚生年金				<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書				
	<input type="checkbox"/> 退職金制度(勤続 年以上)				<input type="checkbox"/> 健康診断書				
定年制	<input type="checkbox"/> あり(一律 歳) <input type="checkbox"/> なし		提出方法	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 送付					
再雇用	<input type="checkbox"/> あり( 歳まで) <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 書類選考					
勤務延長	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		選考方法	<input type="checkbox"/> 筆記試験					
就業規則	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			( <input type="checkbox"/> 一般常識 <input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 論文)					
駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 適性検査					
備考				<input type="checkbox"/> 面接					
			勤務開始希望日		年	月	日		
			試用期間	<input type="checkbox"/> あり( ヵ月)	<input type="checkbox"/> なし				
			(試用期間の賃金	円)					
			採用人数		名				

送付先: 学校法人 成田会 長野医療衛生専門学校 歯科衛生士学科 事務局  
 〒386-0012 長野県上田市中央1-6-2 TEL:(0268) 25-5582 FAX:(0268)25-4555  
 E-mail:jim1@nagano-iryouseisei.ac.jp