

新東京歯科衛生士 求人票

TEL 03-3763-2200

FAX 03-3762-5673

ふりがな 施設名称		求人数	1.本校卒業見込者 2.既卒者 3.不問 _____名		
		選考方法	筆記(常識・小論文・専門) 面接(個人・集団)		
		応募書類	履歴書・成績証明書・健康診断書・〔 〕		
ふりがな 代表者名	職名	見学	受け入れ 有 ・ 無		
	ご氏名	募集期間	年 月 日		
求人担当	部署 役職	諸手当当	基本給与	円	
	ご氏名		手当	円	
担当者メールアドレス	〒		手当	円	
			手当	円	
所在地 (就業地)			手当	円	
			税込総額給与	円	
連絡先	TEL FAX	賞与 (前年実績) 〔基本給×月数〕	年 回 初年度：前期 ヶ月分／後期 ヶ月分 2年目以降：前期 ヶ月分／後期 ヶ月分		
	最寄駅	JR・私鉄 _____ 線 バス _____ 駅 _____ 下車 徒歩 _____ 分	昇給 (前年実績)	年 回 円 または %アップ	
設立年月		年 月 日	時間外	時間給 _____ 円 無	
職員人数 (現在)	歯科医師 名 衛生士 名	交通費	全額支給 又は _____ 円迄		
	技工士 名 歯科助手 名	退職金	有・無	定年制 有 () 歳・無	
	受付 名、その他() 計 名	宿舍施設	有〔条件 _____〕・無		
診療時間	時 分 ～ 時 分	休憩室	有・無	院内ラボ	有・無
就業時間 (交代制等)	時 分 ～ 時 分	留学生の受入	可・否	CAD-CAM	有・台数(台)
	時 分 ～ 時 分	海外との取引	有・無 (国名 _____)		
休憩時間	時 分 ～ 時 分 (分間)	卒業生が在籍していましたら氏名と卒業年度を記入して下さい			
残業	約 時間／1日 約 / 1ヵ月				
休日	月・火・水・木・金・土・日・祝祭・他〔 〕	貴院の特徴などメッセージ			
他の休日	夏季 日、冬季 日、他〔 〕				
休日出勤	有〔 〕・無				
有給休暇	初年 日 次年 日 最高 日・無				
休暇制度	産休制度 有・無、 育休制度 有・無	ホームページアドレス			
試用期間	有〔期間 _____〕・無	受付日			
加入保険	社会保険 _____ ・ 厚生年金 _____ 歯科医師国保 _____ ・ 雇用 _____ ・ 労災 _____ その他〔 〕	受付番号			
診療科目	一般・小児・矯正・口外・訪問・審美・その他				
ユニット	台、レントゲン台数 台、来院患者数 約 名／1日				