横浜歯科医療専門学校

整理番号：［　　］

西暦　　年　　月　　日受付

歯科技工士求人票

求人先	ふりがな		ふりがな		
	名　称		代表者名		
	所在地	〒	ふりがな		
			求人担当		
	電話番号	―　　―	交　通	線　　駅下車	
		連絡可能時間　　時 ～ 時		バス・徒歩　　分	
	歯科技工士会 歯科医師会	※該当に○を記入、代表者の加入 加入・未加入・その他（　　）	スタッフ	歯科医師 / 名	歯科技工士 / 名
				歯科衛生士 / 名	その他 / 名

雇用条件	採用人数	名	経験	○を記入（複数可） 新卒・経験者　　年
	募集部門	□クラウンブリッジ　□デンチャー　□矯正 □技工全般　□歯科助手兼務　□営業 □その他（　　）		
	就業場所			
	基本給	円		
	手当	円		
	手当	円		
	手当	円		
	手当	円		
	給与総額（税込）	円		
	交通費	□全額支給 □一部支給（　　円まで）		
	賞　与	年　　回　　円		
	昇　給	年　　回　　円		
	時間外手当	有・無　時間給　　円		
就業条件・休日	勤務時間	時　分 ～ 時　分 （休憩　　分）		
	試用期間	□ 有　（　　）ヶ月　□ 無		
	休　日	□日曜・祝日　□毎週土曜　□隔週土曜 □その他（　　曜日）		
	有給休暇	初年度　　日・次年度　　日・最高　　日		
	長期休暇			
福利厚生	加入保険 ○を記入(複数可)	健康・厚生・雇用・労災　その他（　　）		
	退職金 ○を記入	有・無　　年勤務以上		
	その他			

仕事内容・特色など

応募書類	□履歴書　□健康診断書　□卒業(見込)証明書 □その他（　　）
選　考	□面接　□実技（　　） □その他（　　）
受　付	（見学）□随時受付可 □　月　日 ～ 月　日 （応募）□随時受付可 □　月　日 ～ 月　日
結果通知	□学校　・　□本人 □文書　・　□電話 □その他（　　）

本校卒業生が在職でしたら卒業年度・氏名をご記入ください。

所在地略図