

(既卒者用)

# 求 人 票

平成 年 月 日

|      |  |         |                     |   |             |   |   |   |
|------|--|---------|---------------------|---|-------------|---|---|---|
| ふりがな |  |         | 就業時間                | ・就業時間   | 平 日         | 時 | ～ | 時 |
| 名 称  | 院長又は代表者氏名( ) 採用担当者氏名( ) 印)   |         |                     | ・休 憩  | 曜 日         | 時 | ～ | 時 |
| 所在地  | 〒 ( ) ー  |         | 休 日                 | ・休 日  | 土・日・祝・( 曜日) | 時 | ～ | 時 |
| 概 況  | 現況:開業年月日 年 月 日<br>歯科医師 名、歯科技工士 名、歯科衛生士 名<br>歯科助手 名、事務職員 名、診療台数 台<br>*就職している本校卒業生があればその名前を記入して下さい |         |                     | ・有給休暇   | 有・無         |   |   |   |
| 待 遇  | ①基本給   | 円       | 業務内容及び作業環境設備        | 1. 社会保険 *該当するものに○を付けて下さい<br>・国民健康保険・歯科医師国保 *(雇用主負担 % 本人負担 %)<br>*国民健康保険・歯科医師国保については、負担割合をご記入下さい<br>・健康保険(政府管掌・健康保険組合)・労働保険(労災・雇用) |             |   |   |   |
|      | ②技能手当(有・無)   | 円       |                     | 2. 年金保健 *該当するものに○を付けて下さい<br>・厚生年金保険・国民年金保険  |             |   |   |   |
|      | ③皆勤手当(有・無)   | 円       | 募集人員                | 3. 退職金制度 (有・無)  |             |   |   |   |
|      | ④ 手当   | 円       |                     | 略図  |             |   |   |   |
|      | 合計(税込み)  | 円       | 要望事項                | 歯科衛生士 名   |             |   |   |   |
|      | ⑤時間外手当(有・無)  |         |                     |   |             |   |   |   |
|      | ⑥通勤手当(有・無)   | 《全額・一部》 | 最寄り駅                | 線 駅 徒歩 分  |             |   |   |   |
|      | ⑦賞 与 夏季約 ヲ月分( 万円)  |         |                     | 線 駅 徒歩 分  |             |   |   |   |
| ⑧昇 給 | 年間 %<br>又は 円   | 提出書類    | ・履歴書 ・成績証明書<br>・その他 |   |             |   |   |   |