

歯科衛生士採用申込書

(函館歯科医師会 会員用)

求 人 者	名 称		開 業 年	年	月			
	代 表 者		職 員	歯科医師	男	名・女	名	
				歯科衛生士			名	
	所 在 地	〒 - TEL () -		数	歯科技工士			名
					歯科助手			名
					そ の 他			名
				ユ ニ ッ ト			台	
診療科目	一般歯科・矯正歯科・小児歯科・口腔外科・その他()							
求人数	名							

給 与 手 当 等			診 療 時 間		勤 務 時 間		
初 任 給	基本給		円	月曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
	手当		円	火曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
	手当		円	水曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
	手当		円	木曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
	手当		円	金曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
	手当		円	土曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
	合計		円	日曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
			交代制		無 ・ 有 ()		
その他手当			時間外労働		月平均 ()時間		
[・精皆勤 ・家族 など (時間外・交通費 は別枠)]					手 当 1時間 円		
手当					円		
交通費			全額 ・ 一部 (上限 まで)		休 日 週 日間 ()		
賞 与			初年度 ()回 / 年 ヶ月分 以降 ()回 / 年 ヶ月分		休 暇 有給休暇以外の休暇 () 日間		
昇 給			()月 / 円・%		該当するものに○印		
試用期間			有 ・ 無 (ヶ月間)()		健康保険 (社会保険・歯科医師国保) ・ 厚生年金保険		
就業規則			有 ・ 無		労災保険 ・ 雇用保険 ・ 退職金制度		
					その他		

面接日時	平成 年 月 日 ()
	時間) : 場所)
見学希望者 連絡方法	電話番号) 受付時間)
特記事項	

《診療所の特色》
《歯科衛生士の業務》

＜送付先＞

函館歯科衛生士専門学校

042-0942

函館市柏木町1番60号

TEL (0138) 53-0014

FAX (0138) 53-1144