求人票（在学生 新卒者用）

令和８年４月採用事業所案内

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 受付月日 |  | | | | | 受付番号 | | | |  | |
| 事業所 | | （　会員　・　会員外　） | | | | | | | スタッフ  構　成 | | 歯科医師 人  歯科衛生士 人  歯科技工士 人  歯科助手・受付 人  その他 人 | | | | | | | 計 | |
| 男 | 女 |
|  |  |
| 代表者名 | |  | | | | | | | 設立年 | | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年 | | | | | | | | |
| 所在地  連絡先 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel  Fax  　　　　　　　　　　線　　　　　駅　徒歩　　　分 E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象・求人数 | | 在学生　・　歯科衛生士１名 | | | | | | | | | ユニット台数  (歯科衛生士使用台数) | | | | | 台  （　　　　　　台） | | | |
| 勤務先  ※所在地連絡先と異な  る場合のみ記入 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel  Fax  　　　　　　　　　　線　　　　　駅　徒歩　　　分 E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給与 | | | | | | | 勤務条件 | | | | | | | | | | | | | |
| 賃金 | | 基本給 | | | 円 | | 勤務形態 | 正社員 | | | | | | 休日 | | **※**　日曜 ・ 祝日  　　その他(　　　　)曜日  　　終日 ・ 半日  　　夏期休暇(　　　　)日  　　年末年始(　　　　)日  　　そ の 他(　　　　)日 | | | | |
| 手当 | | | 円 | | 勤務時間 | **平日**  午前　　　時　　　分から  　　　時　　　分まで  午後　　　時　　　分から  　　　時　　　分まで | | | | | |
| 手当 | | | 円 | |
| 手当 | | | 円 | |
| 手当 | | | 円 | |
| 計  （税込み） | | | 円 | | **土曜**  　　　　　　時　　　分から  　　　　　　時　　　分まで | | | | | |
| 加入  保険  ※該当○ | | 社会  保険 | | 歯科医師国保  健康保険  国民健康保険 | | |
| 賞与 | | 初年度　　計　　　　　ヵ月分 | | | | | 休憩時間 | 時　　　分から  　時　　　分まで | | | | | |
| 年　　　　回  計　　　　　ヵ月分 | | | | |
| 通勤方法 | 車　・　バイク  （ 可　・　不可 ） | | | | | | 年金  保険 | | 厚生年金  国民年金 | | |
| 昇給 | | 年　　　　回  計　　　　　　　円 | | | | |
| 交通費 | **※**　 全額  　　 限度(　　　　 　)円まで | | | | | | 労働  保険 | | 雇用保険  労災保険 | | |
| 残業 | | **※**　 有　・　無  １ヶ月(　　　　　)時間程度  　 手当（時間）　　　　　　　 円 | | | | |
| 試用期間 | ヵ月  賃金月　　　　　　　　円 | | | | | | その他 | |  | | |
| 応募  選考  要領 | | 応募書類 | | **※**履歴書・卒業見込証明書・成績証明書・健康診断書・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受付期間 | | ・　　月　　　日　～　　　月　　　日　・随時 | | | | | | | 見学 | | 電話の上随時可 | | | | | | | |
| 選考日時 | | ９/１以降 　　月　　　日　　時 / 随時 | | | | | | | |
| 選考方法 | | **※** 筆記（ 有 ・ 無 ） 専門 ・ 常識 ・ 作文  面接（ 有 ・ 無 ） 検査（適性・身） | | | | | | | 場　所 | |  | | | | | | | |
| 自由記載  ・医院のPR  ・医院が望む人材  ・他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HPアドレス | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

記入上の留意事項 ・勤務条件の欄は、全て記入してください。 ※この事業所案内は就職内定した学生に

（事業所様） ・控えをお手元に保管しておくことをお勧めします。 コピーして渡します。

・**※** は、該当するものを丸で囲んでください。

・代表者の押印を忘れずにお願いします。 一般社団法人 浜松市歯科医師会

浜松歯科衛生士専門学校