

# 歯科医師求人票

受付番号  
記入日(西暦) 年 月 日

求人先	フリガナ 医院名称					連絡先
	代表者名					氏名
	所在地	〒				電話番号
	書類提出先	〒				
	医院内容	歯科医師	名	歯科衛生士	名	診療台数
	歯科技工士	名	その他	名	台	
採用条件	基本給	円		勤務地		
	交通費	円		勤務時間		
	実費・最大 手当	円				
	手当	円		休日		
	計(税込)	円				
	見習期間	有(           ヶ月)・無		保険等	健康保健・雇用保険・ 労災・厚生年金・その他	
	昇給	有(           円)・無		宿舍	有・無	
賞与	有(年回       円)・無		退職金	有・無		
応募選考要領	提出書類				書類締切日	
	選考方法	筆記 面接	有 有	無 無	面接等旅費	往復旅費の支給 有・無
補足事項						

※採用が不要となった場合には、必ずご連絡ください。  
※すべての項目に記入をお願い致します。