

係	衛生事務	課長	衛生就職担当(3年担任)			学科長

新卒 ・ 既卒		求 人 票										※ 番 号						
申込 令和 年 月 日												受付 年月日		令和 . .				
求 人 者	ふりがな											開設年月	明治・大正 年 月 昭和・平成					
	ふりがな											電話番号	市外 () -					
	ふりがな											年齢	年 歳					
	代表者名											予約制	有 ・ 無					
	従業員構成	歯科医師	人	歯科衛生士	人	歯科技士	人	助手	人	その他	人	合計	ユニット台数	台				
特 色 要 望 等											採用事務担当者	役 職						
											氏 名							
求人人数		名		職種		歯科衛生士		職務内容				就業場所	1. 求人者住所に同じ 2. ()					
勤 務 条 件	基本給	円		平日	土曜日		曜日		休 日	日曜・祝日・(曜日) 年末年始休暇 (日間) 夏季休暇 (日間) その他 () 週休2日制 有(月 回)・無								
	所定時間内賃金	円		勤務時間	: ~		: ~		: ~		有 給 休 暇	6ヶ月後 (日) 6ヶ月~1年6ヶ月迄(日) 1年6ヶ月~2年6ヶ月迄(日) 2年6ヶ月~ (日)						
	手当	円		診療時間	: ~		: ~		: ~			賃 金 形 態 月 給 ・ 日給月給 その他 ()						
	手当	円		試用期間中 の賃金	円		試用期間 (ヶ月)		有・無			賃 金 支 払 日 毎 月 (日)						
	計(税込)	円		昇給	前年度実績 年 回 円		(内、定期昇給分 円)		交 替 制		有 (: ~ :) (: ~ :)		宿 舎 ・ 賄 有 ・ 無					
	賞与年額 (前年度実績)	1. 基本給 2. () × 月分		通勤手当 月額 金額・又は (円まで)		その他 (: ~ :)		休 憩		時 分 から 時 分 まで		加 入 保 険 等		社会保険・歯科医師国保 労働保険(労災・雇用) 厚生				
	補足事項											就業規則	有 ・ 無					
												残 業	(有 ・ 無) 月平均 時間 1時間当り 円		給与規定		有 ・ 無	
												退職金制	有 ・ 無					
	応 募 選 考	受付期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ・ 令和 年 月 日以降随時															
提出書類		1. 履歴書 (J I S 規格) 2. 写 真 3. 成績証明書 4. 卒業 (見込) 証明書 5. 健康診断書 6. ()										見 学 (可・不可)						
書類提出先		1. 上記求人者所在地 又 (〒 -) 線 駅(バス停)徒歩 分 は										電 話	市外 () -					
選 考	日 時	1. 令和 年 月 日 (時 分) 2. 状況により後日連絡										携 帯 品 旅 費	1. 応募提出書類 2. 筆記 具 3. 印 鑑 4. ()					
	場 所	1. 上記、求人者所在地 2. ()										1. 支 給 2. 支給しない						
方 法	1. 面接 2. 筆記 (学 科 ・ 常 識 ・ 作 文) 3. ()																	

- (注) 1. 裏面を併せて太線枠内をご記入下さい。
2. 求人内容を変更したときや、求人が充足したときは、速やかにお知らせ下さい。
3. ※受付欄は記入しないで下さい。

福岡医療短期大学
(歯科衛生学科)

貴院（所）への簡単な案内図をお書き下さい。（目標・距離を併せて記入いただければ幸いです。）

(利用交通機関)

※尚、貴歯科医院（診療所）全景の写真を同封して頂ければ有難いです。

今回の求人理由及び貴診療所の特色や希望事項など、ご自由にお書き下さい。

(求人理由)

(特色や希望事項等)

アンケート

貴院名：_____

1. 見学前および面接前、学生からアポイントのお電話をいたします。
ご希望の時間帯がございましたら、当てはまるものにチェックを入れてください。

- 診療開始前
- 午前の診療中
- 休憩時間中
- 午後の診療中
- いつでも連絡可
- その他 (_____)

※ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承をお願いいたします。

2. 本学では、**見学および面接を理由にした授業の欠席ができかねます。**
そのため、平日の放課後（16時20分授業終了）か土日祝日をお願いしております。
ご希望の曜日がございましたら、当てはまるものにチェックを入れてください。

- 平日の放課後
- 土曜
- 日曜・祝日
- 休診日以外はいつでも可
- その他 (_____)

※ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承をお願いいたします。

3. 本学の学生を採用したことがおありでしたら、歯科衛生士名をご記入ください。

【在職中】

氏名： _____ (旧姓： _____) 昭和・平成 _____ 年本学卒業
氏名： _____ (旧姓： _____) 昭和・平成 _____ 年本学卒業

【過去に採用】

氏名： _____ (旧姓： _____) 昭和・平成 _____ 年本学卒業
氏名： _____ (旧姓： _____) 昭和・平成 _____ 年本学卒業

ご協力、誠にありがとうございました。