

# 求人票

受付日	
受付No	

求人先	フリガナ				区分			
	名称				診療所・病院・その他( )			
	所在地	(〒 - )	電話	( ) -				
	就業場所		FAX	( ) -				
	代表者	(職名)	(フリガナ)	Mail				
			(氏名)	URL				
	診療科目				人事担当者	(職名)		
						(氏名)		
	医院特色				設立	大・昭・平 年 月		
					ユニット数	台		
仕事内容				患者数	約 名/日			
従業員数	名 (うち歯科医師 名・歯科衛生士 名・歯科助手 名・技工士 名)							
勤務条件	基本給	円	通勤費	全額・円	勤務時間	平日	: ~ :	
	手当	円	昇給	年 回 円		(休憩 : ~ : )		
	手当	円	賞与	年 回 計 ヶ月分	上以外の勤務時間になる曜日	曜		
	手当	円	加入保険	歯科医師国保・国保・社保		: ~ :		
	合計(税込)	円		厚生・労災・雇保		時間外	無・有(1日平均 時間)	
	試用期間	ヶ月	福利厚生	無・有	休日	週休 日		
	雇用期間	無・有( )		(費用1ヶ月 円)				
募集内容	名	応募書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>履歴書</li> <li>卒業見込証明書</li> <li>成績証明書</li> <li>健康診断書</li> <li>その他( )</li> </ul>				付近略図	
	既卒者		可・否	最寄駅	線	徒歩	駅分	
	(その他、募集条件に関して必要な事項)							
選考	書類提出	期間	採否決定	期間				
		方法		方法				
考	方法	書類審査・面接・筆記・その他( )					※必ず地図を記入して下さい。	

(口腔保健学科用)

- 求人内容の変更、及び求人充足済の場合は事務室までお知らせ下さい。なお、参考資料(パンフレット等)がございましたら併せてご送付ください。

〒731-3164 広島市安佐南区伴東1丁目12-18 TEL 082-849-5001 FAX 082-849-5115

- 黒インクで太枠の中のみご記入下さい。

IGL医療福祉専門学校