

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 数	歯科医師	男 名・女 名
				歯科衛生士	名
				歯科技工士	名
	所 在 地	〒 () () () - () () - () ()	数	歯科助手	名
				そ の 他	名
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)
	<small>(職能手当・業務手当など)</small> 手 当	円	火曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
		円	水曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
		円	木曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
		円	金曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
		円	土曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)
	円	日曜	: ~ :	: ~ :	(休憩 分)	
合計	円	交代制		無 ・ 有 ()		
<small>(時間外・交通費は別枠)</small> その他手当 [・精皆勤・家族など]	手 当	円	時間外労働	月平均 ()時間		
手 当	円	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		休 暇	有給休暇以外の休暇 () 日間		
	以降 ()回 / 年 ヶ月分					
昇 給	()月 / 円・%		福 利 厚 生	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