

学生アルバイト募集申込書

※記入後、医院控として1部コピーしておいてください。

		学 院 使用欄	受付年月日	受付No
求人先概要	フリガナ	所在地	TEL ()	
	医療機関名		〒 -	
	院長名	構成人員	歯科医師()人 衛生士()人	
	募集担当者名 (職名)		技工士()人 助手()人	
募集人員	()人 ・ 希望学年 ()年生・特に指定しない			
採用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
勤務条件	勤務時間	毎日・週(回)・指定曜日()()()()		
		平日夕方 : ~ :	時間外勤務	曜日()()()()
		(曜日) : ~ :		開始時間 時 分~
		(曜日) : ~ :		1日平均 時間
	春・夏・冬休み : ~ :		1月平均 時間	
	*休日	日曜・祝祭日・()曜日		
賃金(税込)	*月給制・週給制・その他()	賃金支払	日締	日支払
	1. 賃 金 (時給 または日給)			
	2年生 : (時給・日給 円)			
3年生 : (時給・日給 円)				
2. 定額的に支払われる手当		3. その他の手当等		
()手当 円 ()手当 円		()手当 円		
()手当 円 ()手当 円		()手当 円		
*交通費	全額支給・定額(最高 円まで)支給・支給無 職員駐車場(有・無)			
略図	最寄り駅・バス停 から徒歩 分			

(注) *印は、該当するものを○で囲んでください。

群馬県高等歯科衛生士学院

〒371-0847 群馬県前橋市大友町1-5-16

TEL027(252)0394 FAX027(254)4767

揭示有効期限 令和 年 月 日