

パート歯科衛生士求人申込書

※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	〒 ー	
	医療機関名				TEL ()	
	院 長 名			採用 担当者名	(職名)	
	構 成 人 員	歯科医師 ()人 歯科衛生士()人 歯科技工士()人 ※学院卒業生()人含 歯科助手 ()人		本学院卒業年	卒業生氏名 旧 姓	
				年 (期)	()	
年 (期)				()		
			年 (期)	()		
勤 務 条 件	雇 用 期 間	長期 短期 (期間 月 日～ 月 日) 常用 臨時 臨時のみ記入 (期間 月 日～ 月 日)				
	勤 務 時 間	平日 時 分～ 時 分 半日(曜日) 時 分～ 時 分 昼休み 時 分～ 時 分	時間外勤務	開始時間 時 分～ 1日平均 時間 1月平均 時間		
	* 休 日	日曜・祝日・()曜日		*週休2日制	有 (毎週・隔週)・無	
	休 暇	夏期休暇 日(/ ～ /) 年末年始休暇 日(/ ～ /) その他()休暇 日				
	*退職金制度	有 (最低勤続 年)・無				
	* 加 入 保 険	(健康保険・歯科医師国保)・厚生年金・雇用保険・労災保険・その他()				
	* 交 通 費	全額支給・定額(最高 円まで)支給			*職員駐車場	有 ・ 無
	毎 月 の 賃 金 (税 込)	1. 時給 円		3. その他の手当等		
		2. 定額的に支払われる手当 ()手当 円 ()手当 円		()手当 円 ()手当 円		
		昇給(昨年度実績)年 回 円		賃金支払	毎月 日締	*当・翌月 日支払
賞 与	(昨年度実績)年 回 ヶ月(夏 ヶ月・冬 ヶ月) 初年度 円					
* 貸 与 物	1. 白衣 2. エプロン 3. ナースシューズ 4. その他()					
医院見学の可否		1. 可(予約: 要 ・ 不要) 2. 否				
応 募 ・ 選 考 ・ 採 否	* 提 出 書 類	1. 履歴書 2. 歯科衛生士免許証写し 3. その他()				
	* 選 考 方 法	1. 書類選考 2. 面接 3. 筆記試験(内容:) 4. その他()				
	選 考 場 所	(特記事項がありましたらご記入ください。)				
	* 選 考 日 時	1. R 年 月 日 時 2. 随時				
	* 採 否 決 定	1. 即日決定 2. 選考後 日				

(注) * 印は、該当するものを○で囲んでください。

採否結果及び、申込書の取り下げは学院まで
ご連絡をお願い致します。

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

TEL 027-252-0394 FAX 027-254-4767