

学生アルバイト求人申込書

※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		〒 ー	
	医療機関名		所在地 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 ※学院卒業生()人含 歯科技工士()人 歯科助手 ()人	本学院卒業年	卒業生氏名 旧 姓
年 (期)			()	
年 (期)			()	
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 ・ 祝日 ・ ()曜日	賃金支払	日締 日支払
	業 務 内 容			
賃 金 (税 込)	1. 賃 金 (時給 または日給) 1年生 : (時給・日給 円) 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			
	* 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)			

(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