

令和元年度 求人票

受付 年 月 日

求人者	法人名	フリガナ		代表者	フリガナ						
	医療機関名	フリガナ		医療機関代表者	フリガナ						
	構成人員	歯科医師	人	歯科衛生士	人	歯科技工士	人	その他	人		
	採用担当者	部署	役職		氏名						
	所在地	フリガナ	〒			TEL					
			(最寄駅)			FAX					
	E-mail				URL						
求人職種	歯科衛生士	求人数	人	対象	<input type="checkbox"/> 新卒のみ <input type="checkbox"/> 既卒も可						
採用条件	勤務時間	交代制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> その他 ()					
			時	分		～	時	分	賃金形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 年棒 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			時	分		～	時	分			
	時間外勤務	<input type="checkbox"/> あり (月平均 時間) <input type="checkbox"/> なし									
	休日	<input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他 ()		賃金	基本給				円		
	週休2日制	<input type="checkbox"/> あり (完全・隔週・交代制) <input type="checkbox"/> なし			手当				円		
					手当				円		
					手当				円		
	有給休暇	<input type="checkbox"/> 法定通り <input type="checkbox"/> その他 ()				合計(税込)			円		
	保険	<input type="checkbox"/> 歯科医師国保 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 ()		昇給	年	回			円		
		賞与	年	回			円				
退職金制度	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		年俸制					円			
寮など	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		時給制					円			
採用年月日	年 月 日 ~		通勤	<input type="checkbox"/> あり (円まで) <input type="checkbox"/> なし							
募集内容	提出書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	受付期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 随時									
	選考日時	月 日	月 日	月 日	<input type="checkbox"/> 随時						
	選考場所	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	選考方法	<input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 筆記(専門・常識) <input type="checkbox"/> 小論文・作文 <input type="checkbox"/> 適性 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	施設見学	<input type="checkbox"/> 可 (予約 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 否									
	携行品	<input type="checkbox"/> 筆記用具 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	採否決定	<input type="checkbox"/> 即決 <input type="checkbox"/> 選考後 日後									
採否連絡	<input type="checkbox"/> 学校のみ <input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 両方へ連絡										

【お願い】

1. 該当事項をご記入ください。
2. 施設案内、パンフレット等の同封をお願いします。
3. 求人票のコピーを取り、お控えください。

【送付先・連絡先】

〒604-8302 京都市中京区御池通堀川西入池元町408-1
 京都文化医療専門学校 就職相談室
 TEL 075-803-1138 FAX 075-803-1139
 URL <http://e-mirai.ac.jp>

京都文化医療専門学校

※本校の卒業生が勤務している場合は下記の表にご記入下さい。
卒業生氏名の掲示・公開等は致しません。

卒業年	氏名	旧姓