

令和4年度
 求人票

受付 年 月 日

整理番号	施設ID

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			
		〒		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	
		時分	時分	時分		<input type="checkbox"/> その他 ()	
		時分	時分	時分		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給	
	時間外勤務	<input type="checkbox"/> あり (月平均 時間)			賃金形態	<input type="checkbox"/> 年棒	
		<input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> その他 ()	
	休日	<input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他 ()			賃金	基本給	
	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
		<input type="checkbox"/> 法定通り <input type="checkbox"/> その他 ()				手当	円
		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				手当	円
	有給休暇	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			手当	円	
<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			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		
	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			賞与	年 回 円		
退職金制度	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			年棒制	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 ~			通勤交通費	<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 <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