

様式1

長崎歯科技術専門学校求人票

求人者	ふりがな											
	事業所名											
	所在地	(〒 -)					TEL					
							FAX					
求人者	代表者名				人事担当者名				氏名			
	事業内容				設立				性別 区分	男	女	計
					資本金					全従業員数		
					年商							
求人者	求人数				(所在地)			TEL				
	勤務先	本医院・分医院										
	求人数				(所在地)			TEL				
	勤務先	本医院・分医院										
勤務条件	賃金	区分			勤務時間	時分～時分	賞与	年回・約月				
		基本給	円			土曜日 時分まで	昇給	年回・約月				
		手当	円			残業 月平均 時間	交通費	金額・円まで				
	金	手当	円		休日	日曜・祭日・曜	宿舍施設	寮・有・無				
		手当	円			週休2日 有 (月回)	労働組合	有・無				
		計(税込)	円			無	加入	健康・厚生・雇用・労災				
	試用期間	有・無 ヶ月		就業規程	有・無		保険	健康・厚生・雇用・労災 財形・その他()				
応募選考要領	説明会	日時		場所			選考	日時	別途通知			
	応募書類	履歴書・健康診断書・その他()							場所	月 日 時～		
	受付期間	月 日～月 日・月 日以降随時								月 日以降随時		
	選考方法	筆記 有 無										
	実習 有 (彫刻・排列・ワックスアップ) 無											
	面接 有・無		検査	適性・身体								
補足事項						学校記載欄						
						求人数	受付番号	受付年月日	学校受付印			

〒856-0831

長崎県大村市東本町104-7

長崎歯科技術専門学校

TEL・FAX 0957-53-7074

|