

平成30年度
求人票

受付 整理番号	年 月 日 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 <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		賃金 基本給 円 手当 円 手当 円 手当 円 合計(税込) 円	
	休日	<input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	週休2日制	<input type="checkbox"/> あり (完全・隔週・交代制) <input type="checkbox"/> なし			
	有給休暇	<input type="checkbox"/> 法定通り <input type="checkbox"/> その他 ()			
	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 ()			
	退職金制度	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		昇給 年 回 円 賞与 年 回 円 年棒制 円 時給制 円	
	寮など	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		通勤 円まで <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	
採用年月日	年 月 日 ~			交通費	
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

