

新卒 既卒

求人票

学校法人 未来学園
高崎歯科衛生専門学校

受付 年 月 日

歯科衛生学科

求人者	法人名	ふりがな	法人代表者	役職	氏名
	医療機関名	ふりがな	医療機関代表者	役職	氏名
	構成人員	歯科医師 名 歯科衛生士 名 歯科技工士 名 その他 名			
	採用担当者	部署 役職 氏名			
	所在地	〒 -			
	交通機関等	TEL - - メールアドレス FAX - - HPアドレス			

採用条件	求人職種	求人数	備考		
	歯科衛生士				
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 他 ()		交代制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	賃金形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 年俸 <input type="checkbox"/> 他		勤務時間	昼間 時 分 ~ 時 分
	賃金	基本給 円		午後	時 分 ~ 時 分
		資格 手当 円		夜勤	時 分 ~ 時 分
		交通費 手当 円		時間外勤務	<input type="checkbox"/> 有 (月平均 時間) <input type="checkbox"/> 無
		手当 円		休日	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 祝日
		手当 円			<input type="checkbox"/> その他 ()
		合計 (税込) 円		週休2日制	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 交代制) <input type="checkbox"/> 無
		昇給	年 回 円		<input type="checkbox"/> その他 ()
		賞与	年 回 円	有給休暇	初年度 日
		年俸制	円		翌年度 日 最高 日
		時給制	円	加入保険等	<input type="checkbox"/> 歯科医師国保 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 厚生
		日給月給制	円		<input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 他 ()
	通勤手当	<input type="checkbox"/> 有 () 円まで <input type="checkbox"/> 全額	退職金制度	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
	採用年月日	平成 年 月 日	宿舍・寮	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

応募・選考要領	応募書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 健康診断書 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	応募締切	平成 年 月 日	施設見学	<input type="checkbox"/> 可 (予約 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 否	
	選考日時	平成 年 月 日	選考場所		
	選考方法	<input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 筆記 (<input type="checkbox"/> 常識 <input type="checkbox"/> 専門) <input type="checkbox"/> 適性 <input type="checkbox"/> 小論文・作文 <input type="checkbox"/> 他 ()			
	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	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	

注) 1. 新卒・既卒のどちらかに☑チェックをお願いします。
 2. 該当項目にご記入下さい。
 3. 施設案内・パンフレット等の同封をお願いします。
 4. 求人票のコピーを、必ず施設にお控え下さい。

学校法人未来学園 高崎歯科衛生専門学校 就職相談室
 〒370-0803 群馬県高崎市大橋町160-1
 TEL027-327-3218代 FAX027-324-6781
 URL www.e-mirai.com/ E-Mail takasaki@e-mirai.com

医療機関名：

※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。

卒業生氏名の掲示は致しません。

卒業年	氏名	旧姓
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		

卒業年	氏名	旧姓
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H		