

# 求 人 票

受付番号

求人先	ふりがな					連絡先 氏名
	医院名称					
	代表者名					電話
	所在地					
	書類提出先	〒				
医院内容	歯科医師	名	歯科衛生士	名	診療台数 台	
	歯科技工士	名	その他	名		
採用条件	職種			採用年月日		
	求人数	名		勤務地		
	基本給	円		勤務時間		
	手当	円				
	手当	円				
	計(税込)	円		休日		
	試用期間	有 ( 月 賃金 円 ) 無				
	試用期間中の労働条件	同じ ・ 異なる		保険等	健康保険 ・ 雇用保険 ・ 労災 厚生年金 ・ その他	
昇給	年 回	円	宿 舎			有 ( ) ・ 無
賞与	年 回 ・ 年間	円	退職金	有 (最低 年勤務) ・ 無		
応募選考要領	提出書類				書類締切日	
	選考方法	筆記	有 ・ 無	選考日時		
		面接	有 ・ 無			
面接等旅費	往復旅費の支給 有 ・ 無			選考場所		
補足事項						

〒700-8525

岡山県岡山市北区鹿田町二丁目5番1号

岡山大学医療系事務部学務課教務グループ歯学部担当

TEL 086-235-6627

FAX 086-235-7564

E-mail [mag6627@adm.okayama-u.ac.jp](mailto:mag6627@adm.okayama-u.ac.jp)