

# 求 人 票

受付番号

|        |                  |                   |       |                |                                |
|--------|------------------|-------------------|-------|----------------|--------------------------------|
| 求人先    | ふりがな             |                   |       |                | 連絡先<br>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<br>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 )<br>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<br>厚生年金 ・ その他 |
| 昇給     | 年 回              | 円                 | 宿 舎   |                |                                |
| 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<br>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

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科等学務課教務グループ歯学部担当

TEL 086-235-6627

FAX 086-235-7552

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