

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)				
	試用期間中の労働条件	同じ ・ 異なる		保 險 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		選 考 場 所			
	有 ・ 無					
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