

名称	カナ 漢字		
代表者氏名	カナ 漢字		
所在地	カナ 〒	電話番号 ()	
	台	求人数	年齢制限 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 名 ありの場合 歳迄
診療時間	平日午前： 時～ 時 分 その他時間帯：	平日午後： 時～ 時 分	
スタッフ	歯科医師 名、 歯科衛生士 名、 主任歯科衛生士勤務勤続年数 年 当校卒業生 期生、 当校卒業生氏名 受付・歯科助手 名、 歯科技工士 名		
勤務時間	平日： 時 分～ 時 分 / 曜： 時 分～ 時 分 休憩 分 シフト制 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()		
給与	・基本給 円 ・能力、職務、精勤手当 円 ●合計(税込み) 円	・資格手当 円 ・その他手当 円 ・学生アルバイト時給 円	・皆勤手当 円
賞与	年 回・計 円	昇給	年 回・ 円 %
休日	曜日、 有給休暇 日 その他		
交通費	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 定額 円まで	試用期間	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ヵ月間 試用期間の給与 円
社会保険 講習会費	<input type="checkbox"/> 健康保険(社保・国保・歯科医師国保) <input type="checkbox"/> 年金(厚生・国民) <input type="checkbox"/> 雇用保険・労災保険 <input type="checkbox"/> 退職金(勤続年より) <input type="checkbox"/> 保険補助金あり <input type="checkbox"/> 学会・講習会会費支給(<input type="checkbox"/> 全額・ <input type="checkbox"/> 一部)		
歯科衛生士 業務内容			
登録を 希望しますか?	<input type="checkbox"/> 臨床実習先 <input type="checkbox"/> アルバイト	院内勉強会	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容例：)
医院 PR・ どんな人材を 希望するか?			地図 最寄り駅 線 駅徒歩 分
面接	担当者： 必要書類：		
医院見学	<input type="checkbox"/> 見学不可 <input type="checkbox"/> 見学可 見学時の持ち物：		