

歯 科 衛 生 士 採 用 申 込 書 （函館歯科医師会 会員用）

求 人 者	名 称				開 業 年	年 月			
	代 表 者				職	歯 科 医 師	男 名 ・ 女 名		
					員	歯科衛生士	名		
					歯科技工士	名			
					歯 科 助 手	名			
	所 在 地	〒 ー 市 () ー	数	そ の 他	名				
			ユ ニ ッ ト	台	1日の平均 患者数	名			
診療科目	一般歯科 ・ 矯正歯科 ・ 小児歯科 ・ 口腔外科 ・ その他 ()								
求 人 数	名			就業規則	(有 ・ 無)				
給 与 手 当 等					診 療 時 間		勤 務 時 間		
初 任 給	基 本 給		円	月 曜	: ~ :		: ~ : (休憩 分)		
	(職能手当・業務手当など) 毎月定額支払われる手当	手 当	円	火 曜	: ~ :		: ~ : (休憩 分)		
		手 当	円	水 曜	: ~ :		: ~ : (休憩 分)		
		手 当	円	木 曜	: ~ :		: ~ : (休憩 分)		
		手 当	円	金 曜	: ~ :		: ~ : (休憩 分)		
		手 当	円	土 曜	: ~ :		: ~ : (休憩 分)		
	小 計	円	日 曜	: ~ :		: ~ : (休憩 分)			
その他手当 〔・精皆勤・家族など〕 (時間外・交通費は別枠)	手 当	円	交代制	無 ・ 有 ()					
時間外労働	手 当	円	月平均 () 時間						
	手 当	円	手 当 1 時間 () 円						
休 日	手 当	円	週 日間 ()		産・育児休暇の実績 (有・無)				
	月 々 の 合 計		円	休 暇	有給休暇以外の休暇 () 日間		有休年平均取得日数 () 日		
交 通 費	全額・一部 (上限 まで)		福利厚生 (該当するものに○印)	健康保険 (協会けんぽ・歯科医師国保) ・ 厚生年金保険					
燃料手当	有 ・ 無 () 円			労災保険 ・ 雇用保険 ・ 退職金制度					
賞 与	初年度 () 回 / 年			奨学金返済支援	函館市		〔有 ・ 無〕 (登録済)		
	以 降 () 回 / 年				日本学生支援機構		〔有 ・ 無〕 (登録済)		
昇 給	() 月 / 円 ・ %				医院独自		〔 有 ・ 無 〕		
試用期間	有・無 (ヶ月間) ()		その他						

面接日時	令和 年 月 日 ()
	時間) : 場所)
見学希望者 連絡方法	電話番号) 受付時間)
特記事項	

《診療所の特色》
《歯科衛生士の業務》

＜送付先＞ 函 館 歯 科 衛 生 士 専 門 学 校
〒042-0942 函館市柏木町1番60号 TEL (0138) 53-0014 FAX (0138) 53-1144