

歯 科 医 師 求 人 票 No. _____

求 人 者	フリガナ				フリガナ			
	事業所名				代表者名			
					出身大学			
	所在地	〒 -			電話番号	-	-	
					FAX 番号	-	-	
					e-mail			
	歯科医師会	歯科医師会 ・ 非会員			開業年月	平成・令和	年	月
施設概要	診療科目等	・ 歯科 ・ 小児歯科 ・ 矯正歯科 ・ 歯科口腔外科 ・ インプラント ・ 審美歯科 ・ 顎関節症 ・ 高齢者歯科 その他 ()			歯科医師	男	名	
					歯科衛生士			名
	施設数	施設 ()			歯科技工士	名		
	ユニット台数	台	患者数	1日平均	人	その他	名	
本学部卒業生の在職	あり (年卒・氏名: , 年卒・氏名:)							
	なし (既退職の場合 年卒 氏名:)							
求 人 数 等	求人数	・ 新卒 (研修医終了) ・ 既卒 ・ 不問 男 名, 女 名			年齢制限	あり (歳), なし		
	勤務先名				業務内容等	・ 歯科 ・ 小児歯科 ・ 矯正歯科 ・ 歯科口腔外科 ・ その他 ()		
	勤務先住所 (最寄駅)	〒 - 線 駅より 分				試用期間	あり (ヶ月), なし	
	勤務開始	令和 年 月 日より			その他			
	賃金	基本給	, 円		賞与	年 回 ヶ月		
	歩合給 委細面談	, 円 %		昇給 交通費	年 回 , 円 全額 / , 円まで			
	手当 委細面談	, 円 %		住宅	あり, なし			
	税込み計	, 円		試用期間 中の賃金	, 円			
勤 務 条 件	勤務時間	平日 : 午前 時 分から 午後 時 分 曜日 : 午前 時 分から 午後 時 分						
	休日	日曜, 祝祭日, 土曜, その他 ()						
	有給休暇	年間 日 (夏季 日, 正月 日)						
	加入保険	健康, 厚生, 雇用, 労災, 財形			福利厚生行事等	あり (), なし		
応 募 選 考 方 法	応募書類	・ 履歴書 ・ 歯科医師免許証 ・ 保険医登録票 ・ 成績証明書 ・ 研修医修了書 ・ 健康診断書 ・ その他 ()						
	受付期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日, 随時						
	選考方法	・ 書類 ・ 面接 ・ 筆記 ・ 適性検査 ・ その他 ()						
	選考日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時, 電話連絡						
	人事担当者				電話:			
その他	施設・業務・研修内容・希望等							

令和 年 月 日

※○で囲むか、ご記入願います。 住所: 〒271-8587 千葉県松戸市栄町西 2-870-1 日本大学松戸歯学部学生課

TEL: 047-360-9214