

求 人 申 込 書 (歯科衛生士)

ファイルNo.	※
---------	---

受付日 ※

関西医療学園専門学校
学務課 (歯科衛生学科)

求 人 先	フリガナ 名 称				開院年月	年 月 日			
	代表者 職 名	職名 氏名			診 療 科 目				
	所在地	〒 TEL.		業 務 内 容					
	交通路				総職員数	名 (臨時職員も含む)			
					D H 数		内本学卒業者数		
	担当者	職氏名					患者数／日	名	
採 用 条 件	職 種	求人数	年 齢		応 募 資 格			雇 用 形 態	
	歯 科 衛 生 士	名	歳 ～ 歳迄 (有期労働契約の場合の年齢制限は不可)		有資格者に限る (取得見込者可) 不 問			常 勤 臨 時	
	給 与				勤務時間	平	時 分～	時 分	
	基 本 給	円	交 通 費			日	時 分～	時 分	
	手 当	円	残 業 手 当			土	時 分～	時 分	
	手 当	円	食 費			曜	時 分～	時 分	
	手 当	円	賞 与	年 回	か月	休 日 残 業 勤務条件 社会保険 福利厚生	通勤・宿舍 (入居可・不可) 健康・厚生・労災・雇用		
	計 (毎月定例的に支給 される手当)	円	昇 給	年 回	円				
			時給 (臨時雇用)		円				
	採 用 選 考	選考方法	面接・筆記試験 (専門・一般常識・語学・小論文)・適性検査・その他 ()						
提出書類		履歴書・卒業 (見込) 証明書・成績証明書・健康診断書・推薦書・その他 ()							
採 否 決 定	選考期間	応募期間 月 日～ 月 日・随時／選考日・場所・ 月 日 (於:)							
	採否決定	月 日 / 本人・本学 宛に通知							
備 考									

【備 考】

- 記入例により必要事項をご記入ください。なお、※印欄の記入は不要です。
- この求人申込書の有効期日は、受付日の該当年度末 (3月31日) 迄とします。
- 求人申込の後に採用人員に達したとき、または採用を中止されるときは、本学迄ご連絡ください。

〒558-0011 大阪市住吉区菟田 8-12-27 関西医療学園専門学校 学務課 (歯科衛生学科)
TEL (06)6605-1234 FAX (06)6605-1235

記入例 求人申込書 (歯科衛生士)

ファイルNo.	※
---------	---

受付日 ※

関西医療学園専門学校
学務課 (歯科衛生学科)

求人 先	フリガナ 名称	リョウホクシンカンシャイ カンサイリョウホククリニック 医療法人関歯会 関西医療歯科クリニック			開院年月	昭和50年 4月 1日		
	代表者	職氏名	院長 虫 田 守 孝		診療科目	一般歯科・小児歯科・口腔外科・矯正歯科・訪問歯科		
	所在地	〒558-0011 大阪市住吉区苅田 1-2-3 TEL. (06) 6699-8765		業務内容		歯周病治療 メンテナンス 予防処置 ホワイトニング 他 歯科衛生業務全般		
	交通路	地下鉄御堂筋線あびこ駅下車、③出口を 東へ200メートル (徒歩5分)			総職員数	15名 (臨時職員も含む)		
					D H 数	6名	内本学卒業者数	4名
	担当者	職氏名	事務部長 沼 田 弘			患者数/日		190名
採用 条件	職 種	求人数	年 齢		応 募 資 格		雇 用 形 態	
	歯 科 衛 生 士	3名	歳 ~ 35歳迄 (有期労働契約の場合の年齢制限は不可)		有資格者に限る (取得見込者可) 不 問		常 勤 臨 時	
	給 与				勤務時間	平 日	9時00分~19時00分 時 分 ~ 時 分	
	基 本 給	250,000円	交 通 費	課税限度額内		土 曜 日	9時00分~13時00分 時 分 ~ 時 分	
	職務手当	10,000円	残業手当	当院給与規定に依る				
	調整手当	9,500円	食 費	昼食費 1回 350円				
	手 当	円	賞 与	年 2回 1.5か月	休 日 残 業 勤務条件 社会保険 福利厚生	日曜・祝日・土曜午後・その他有給休暇 有 通勤・(有・無) 宿舎 (有・無) 健康・厚生・労災・雇用 保養研修所有 (長野県)		
	計 (毎月定例的に支給 される手当)	240,000円	昇 給	年 1回 4,100円				
			時給 (臨時雇用)		円			
	採用 選考	選考方法	面接・筆記試験 (専門・一般常識・語学・小論文)・適性検査・その他 ()					
	提出書類	履歴書・卒業 (見込) 証明書・成績証明書・健康診断書・推薦書・その他 ()						
	選考期間	応募期間 9月 1日~10月 30日・随時/選考日・場所・11月10日 (於: 当病院)						
	採否決定	11月 20日 / 本人・本学 宛に通知						
備 考								

【備 考】

- 記入例により必要事項をご記入ください。なお、※印欄の記入は不要です。
- この求人申込書の有効期日は、受付日の該当年度末 (3月31日) 迄とします。
- 求人申込の後に採用人員に達したとき、または採用を中止されるときは、本学迄ご連絡ください。

〒558-0011 大阪市住吉区苅田 8-12-27 関西医療学園専門学校 学務課 (歯科衛生学科)

TEL (06)6605-1234 FAX (06)6605-1235