

歯科医師求人票

No. _____

平成 _____ 年度

フリガナ 名 称						受付	月	日				
所在地 (連絡先)	〒 _____ TEL _____											
代表者名				出身大学	(_____ 年卒業)							
概 況	人 員 構 成	歯 科 医 師 名	歯科衛生士 名	歯科技工士 名	そ の 他 名							
	技工処理	イ . 院内処理		ロ . 技工所発注		ハ . 院内及び技工所						
	ユニット台数	台	患者数(1日平均)			名						
募集人員	男 名 / 女 名		男女不問		名							
採 用 条 件	基 本 給	円		勤務地								
	() 手当	円		勤 務 時 間	午前	時	分	~	時	分		
	() 手当	円			午後	時	分	~	時	分		
	() 手当	円		休 日								
	() 手当	円		昇 給	年	回,	円程度					
	交 通 費	円		賞 与	年	回,	ヶ月分					
	計(税込)	円		退職金	年目から ヶ月・無							
	見習期間(有・無)	ヶ月	加入保険等									
給 与()	円	厚生施設等										
その他の条件												
応 募 ・ 選 考	応募書類	履歴書・卒業(見込)証明書・成績証明書・その他()										
	面 接(有・無)	人事担当者名(職名)										
	受 付 期 間	年	月	日	~	年	月	日	日以降随時,	年	月	日締切
そ の 他	イ . 本人が希望すれば週1日(又は半日)大学での研究を許可する ロ . 許可しない											
	本学の教職員に知人(有・無) <あればその氏名>											
記入上 の注意	1 . 該当する箇所に 印又は記入してください。 は記入不要です。 2 . 条件欄には、長年勤務の場合の優遇等について記入してください。											

交 通	最寄り駅	線	駅より	分
略 図				

貴医院にお世話になっている本学の卒業生がおりましたらご記入ください。

卒業年月	氏 名	採用期日

< 書類送付先及び連絡先 >

〒399 - 0781

長野県塩尻市広丘郷原 1780

学校法人 松本歯科大学 事務局総務課

T E L 0263 (51) 2132・2133 (直通)

F A X 0263 (53) 3456

E - mail info_jinji@po.mdu.ac.jp