|  |
| --- |
| 新潟大学歯学部**郵送・FAXフォーム****歯 科 医 師 求 人 票** |
| 受付No. 受付日 　　年 　　月 　　日 |
| 求　人　先 | 名称 | 　 | 院長名 | 　 |
| 所在地 | 〒　℡ |
| 担当者名 | 　 | 診療科目 | 　 |
| 構成人数 | 歯科医師　　　　　　　　　名　　　　歯科技工士　　　　　　　　　名 |
| 　 | 歯科衛生士　　　　　　　　名　　　　受付・助手　　　　　　　　　名 |
| 設備 | 歯科ユニット　　　　　　　台 | 　 | 　 |
| 採用条件 | 勤務時間 | 平日　AM 　　　　～PM | 初任給 |
| 　 | 　AM 　　　　～PM | 基本給 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 休日 | 　 | 手当 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 休暇 | 　 | 手当 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 社会保険 |  有 (健康・厚生年金・雇用・労災) | 通勤手当 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 　 |  無 | 合計 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 退職金 |  有　（最低　　　　年勤務）　　 | 賞与 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 　 |  無 | 昇給 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 採用予定人数 |  　　 　 名（ 新卒者 ・ 経験　 　年以上 ） | 勤務地 | 　 |
| 提出書類 | 1履歴書　 2成績証明書　 3卒業見込証明書 4健康診断書 5その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 提出締切日 | 　 | 選考方法 | 筆記　・　面接 |
| 選考日時 | 　 | 選考場所 | 　 |
| 補足事項（医療機関の特徴、診療方針、求職者に求める資質　等） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 略図 |
| 　　《求人票送付・お問い合わせ先》※本求人票は下記宛、郵送又はFAXにてご送付下さい。〒951-8514 新潟市中央区学校町通２番町5274番地新潟大学医歯学系歯学部事務室学務係FAX 025-227-0803 TEL 025-227-2798/2799 |