|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **新潟大学歯学部　口腔生命福祉学科**  **郵送・FAXフォーム** | | | | | | | | | | | | |
| **社会福祉士等 求 人 票**受付No.  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日 　　年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 求　人　先 | 名称 |  | | | | 代表者名 | | | |  | | |
| 所在地 | 〒    ℡ | | | | | | | | | | |
| 事業内容 |  | | | | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | 設立年月 | | | |  | | |
| 従業員数 | 名（内訳：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 求人内容 | 職種 |  | | | 職務内容 | | |  | | | | |
| 人数 | 人 | 学歴 |  | | 免許資格等 | | | 社会福祉士　必須・尚可・不問 | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 採用条件 | 勤務地 |  | | | | 初任給 | 基本給 | | | | 円 | |
| 勤務時間 | 平日　AM 　　　　～PM  　　　AM 　　　　～PM | | | | 手当 | | | | 円 | |
| 夜勤　有（週　　　回）／　無  宿直　有（週　　　回）／　無 | | | | 手当 | | | | 円 | |
| 休日 |  | | | | 合計 | | | | 円 | |
| 休暇 |  | | | | 通勤手当 | | | | | 円 | |
| 社会保険 | 有 (健康・厚生年金・雇用・労災)・無 | | | | 昇給 | | | | | 有（年　　　回）・ 無 | |
| 退職金 | 有（最低　　　年勤務）・無 | | | | 賞与 | | | | | 有（年　　　回）・ 無 | |
| 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 | | | | | |  |
| 選考日時 | |  | | | | 選考場所 | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 補足事項（施設の特徴、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 | | | | | | | | | | | | |