|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |