

新大阪歯科技工士専門学校 求人票

申込み年月日 年 月 日		本校記入欄			
求 人 先	ふりがな 施設名	代表者 役職 氏名			
		採用担当名 役職 氏名			
	所在地	〒 _____ Tel _____ Fax _____			
	アクセス	採用担当 E-mail _____ ホームページ _____ 最寄駅 _____ 線 _____ 駅 _____ 徒歩・バス _____ 分			
	スタッフ構成	歯科医師 名(男性 名・女性 名) 歯科衛生士 名(男性 名・女性 名) 歯科技工士 名(男性 名・女性 名) その他 名(男性 名・女性 名)			
勤 務 条 件	勤務時間 AM / PM _____ ~ AM / PM _____ 休憩(_____ 分)	変形労働時間制 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	求人数	新卒者 _____ 名 専攻科・経験者 _____ 名	試用期間 _____ ヶ月 基本給 _____ 円 その他 _____ 円 <input type="checkbox"/> 無		
	雇用期間	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (定年制 _____ 歳)			
	給与形態	月給・年俸・時給・出来高制			
	基本給	_____ 円	休日	<input type="checkbox"/> 週休2日(_____ 曜日・ _____ 曜日・祝日) <input type="checkbox"/> 日・祝日のみ <input type="checkbox"/> その他(_____)	
	技工士手当	_____ 円	年間休日 _____ 日		
	皆勤・精勤手当	_____ 円			
	手当	_____ 円			
	初任給合計	_____ 円	退職金	有(_____ 年以上在籍者)・無	
	交通費	全額支給・一部支給 _____ 円		休 暇	有給休暇(年間 _____ 日) (初年度) 夏季(_____ 日)年始年末(_____ 日)
	家賃補助			時間外勤務	<input type="checkbox"/> 有 1月 平均 _____ 時間 (_____ 時間 _____ 円・%) <input type="checkbox"/> 無
	昇給	年 _____ 回(前年度例 _____ 円・%)			
	賞与 (基本給の月数)	年 _____ 回 初年度：夏期 _____ ヶ月・冬期 _____ ヶ月 以降：夏期 _____ ヶ月・冬期 _____ ヶ月		休日勤務	<input type="checkbox"/> 有 (_____ 時間 _____ 円・%) <input type="checkbox"/> 無
	加入保険	<input type="checkbox"/> 健康保険(国民健康保険 / 歯科医師国保 / 社会保険) <input type="checkbox"/> 年金(国民年金 / 厚生年金) <input type="checkbox"/> 労働保険(雇用保険・労災保険)			
	業務内容	<input type="checkbox"/> クラウンブリッジ部門 <input type="checkbox"/> デンチャー部門 <input type="checkbox"/> 矯正部門 <input type="checkbox"/> CAD/CAM <input type="checkbox"/> 歯科技工全般 <input type="checkbox"/> 自費専門 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 歯科助手兼任 <input type="checkbox"/> TC(トリートメントコーディネーター) <input type="checkbox"/> その他			
募集期間	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> R _____ 年 月 _____ 日まで	面接日時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 指R _____ 年 月 _____ 日 時~		
選考方法	<input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 筆記試験(_____) <input type="checkbox"/> 実技試験(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)				
提出書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 卒業見込み証明 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 健康診断書 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
見学	可・不可	備考			

事業所登録シート

* 部は歯科医院向けの内容です。

ふりがな 施設名		歯科技工士会 歯科医師会への加入	加入・未加入
設立年月	年 月	院長出身大学	大学 年卒
歯科医院	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 審美 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他の他		
歯科技工所	<input type="checkbox"/> クラウンブリッジ部門 <input type="checkbox"/> デンチャー部門 <input type="checkbox"/> 矯正部門 <input type="checkbox"/> CAD/CAM <input type="checkbox"/> 営業部門 <input type="checkbox"/> その他		
診療台数	台	予防専用チェア 有・無	来院患者数(1日) 約 名
診療時間	月・火・水・木・金・土・日 AM/PM	～AM/PM	休憩(分)
	月・火・水・木・金・土・日 AM/PM	～AM/PM	休憩(分)
事業内容			
会社の特色			
制服貸与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	地図	
職員寮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
年次有給休暇取得率	%		
賃金締切日	日		
賃金支払日	日		
初任給手取り概算	円		
卒業生の有・無	第 期卒 昼・夜 氏名 第 期卒 昼・夜 氏名 第 期卒 昼・夜 氏名		
学生ポータルサイトにおける求人情報開示の同意		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> インターネット開示はしない	

事業所

新大阪歯科技工士専門学校

〒532-0002 大阪市淀川区東三国 6-1-13 Tel 06-6391-2211 Fax 06-6391-8863 ✉ saiyo@sdtc.ac.jp