

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|------|---------------------------------------|------|---|
| 東京都千代田区東神田1-11-1 関西フェルトビル4F (株)キャリアメディカル DENTAL-NEXT求人広告申込書 Tel:03-3861-8561 Fax:03-3861-8562 | | | | | | | | | |
| 掲載期間 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月[31,500円] | | <input type="checkbox"/> 3ヶ月[52,500円] | | <input type="checkbox"/> 6ヶ月[94,500円] | | <input type="checkbox"/> 1年[157,500円] | | 【税込金額】 |
| オプション | <input type="checkbox"/> 申込まない <input type="checkbox"/> 申込む [21,000円] (近隣の歯科衛生士学校(5校までに)指定の求人票を代筆し郵送 ※学校の指定可能) | | | | | | | | |
| 医院名 | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | |
| 診療科目 | <input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| 設立 | 昭和・平成 | | 年 | 月 | 院長 / | ユニット | 台 (|) | 製 |
| ホームページ | http:// | | | | | | | | |
| 治療方針 | | | | | | | | | |
| 医院からのメッセージ | | | | | | | | | |
| 在籍スタッフ内訳 | 常勤Dr | | 名 | | 非常勤Dr | | 名 | | 歯科衛生士 |
| | | | | | | | | | 名 |
| | | | | | | | | | 歯科助手 |
| | | | | | | | | | 名 |
| | | | | | | | | | 歯科技工士 |
| | | | | | | | | | 名 |
| | | | | | | | | | その他() |
| | | | | | | | | | 名 |
| アクセス | | | | | 線 | | 駅より | | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス |
| | | | | | 線 | | 駅より | | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス |
| | | | | | | | | | 分 |
| | | | | | | | | | 分 |
| | その他 (マイカー通勤可など) | | | | | | | | |
| 募集人数 | 常勤Dr | | 名 | | 非常勤Dr | | 名 | | 歯科衛生士 |
| | | | | | | | | | 名 |
| | | | | | | | | | 助手/受付 |
| | | | | | | | | | 名 |
| | | | | | | | | | 歯科技工士 |
| | | | | | | | | | 名 |
| 年齢・経験 | 常勤歯科医師 | | 経験年数 | | 年以上 | | 歳位まで | | 非常勤歯科医師 |
| | | | | | | | | | 経験年数 |
| | | | | | | | | | 年以上 |
| | 歯科衛生士 | | 経験年数 | | 年以上 | | 歳位まで | | 歯科助手/受付 |
| | | | | | | | | | 経験年数 |
| | | | | | | | | | 年以上 |
| | 歯科技工士 | | 経験年数 | | 年以上 | | 歳位まで | | |
| | | | | | | | | | |
| ふりがなご担当者 | | | | | 役職 | | Tel / | | Fax / |
| E-mail (必須) | 携帯アドレスの場合は @dental-next.com を受信できるように設定して下さい | | | | | | | | |
| 勤務時間 | 常勤歯科医師 | | | | | | | | シフト制 / 有・無 |
| | 非常勤歯科医師 | | | | | | | | シフト制 / 有・無 |
| | 歯科衛生士 | | | | | | | | シフト制 / 有・無 |
| | 歯科助手/受付 | | | | | | | | シフト制 / 有・無 |
| | 歯科技工士 | | | | | | | | シフト制 / 有・無 |
| 給与待遇 | 常勤歯科医師 | | | | | | | | 昇給 / 有・無 |
| | 非常勤歯科医師 | | | | | | | | 賞与 / 有・無 |
| | 歯科衛生士 | | | | | | | | 昇給 / 有・無 |
| | 歯科助手/受付 | | | | | | | | 賞与 / 有・無 |
| | 歯科技工士 | | | | | | | | 昇給 / 有・無 |
| | | | | | | | | | 賞与 / 有・無 |
| 交通費 | <input type="checkbox"/> 全額支給 | | <input type="checkbox"/> 金額()円まで支給 | | <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 福利厚生 | <input type="checkbox"/> 雇用保険 | | <input type="checkbox"/> 労災保険 | | <input type="checkbox"/> 社会保険 | | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | | <input type="checkbox"/> 歯科保険 |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 国保(全額・一部)負担 |
| 休日・休暇 | | | | | | 採用時期 | | 試用期間 | |
| モデル収入 | | | | | | | | | |

※請求書送付先(記入モレの場合は掲載できません)

ご担当者名はフルネームでお書き下さい

| | | | | | | |
|-------|------|------|------|----------------------------|--------------------------|--|
| 請求書名義 | ふりがな | ふりがな | ご担当者 | | (印) | |
| 送付先 | 住所 | 宛名 | 支払規定 | <input type="checkbox"/> 無 | 請求書の指定期日に支払い (到着後約10日以内) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 有 | 毎月 日 日払い | |

※ 掲載開始はE-mailでお知らせいたします

平成23年9月改訂