

平成 年度 歯科医師求人申込書

フリガナ 求人先 名称				※受付No.	
				※年月日	
				電話	
所在地					
管理者氏名		出身大学			
所属歯科医師会名					
施設 の 概 況	従業員数	歯科医師 名	歯科衛生士 名	歯科技工士 名	その他 名
	治療台数	台	歯科技工の処理方法		
採用希望人員		男 名・女 名	採用年月日	平成 年 月 日付発令	
採 用 条 件	職種			勤務地	
	初任給(税込)			昇給	年 回 (1回 円程度)
	交通費			賞与	年 回 (1回月俸の ヶ月分)
	諸手当()			社会保険	
	" ()			勤務時間	
	" ()			休日	
	計			厚生施設	
見習期間(有、無) ヶ月 (給与 円)				その他	
提出書類(該当のものを囲んで下さい)			条 件	新卒者・臨床研修修了者・経験者 (いずれかを○で囲む)	
1. 履歴書(ペン・毛筆)		6. 成績証明書			
2. 戸籍謄(抄)本		7. 卒業見込証明書			
3. 写真()枚					
4. 身体検査書					
5. 推薦書					
書類締切		平成 年 月 日			
書類の送り先					
面接(有無)	面接日時間		面接場所		採用についての連絡者氏名
	月 日 時				
その他	本学の教職員に知人有、無(あればその氏名)				
記入上の注意					
1. 該当する所に○印又は記入し、※の所は記入しないで下さい。					
2. 公務員等の場合には、医療職俸給表(一)の何級何号俸と記入して下さい。					
3. 諸手当のところには、家族手当等、具体的に記入して下さい。					
4. 条件のところには、退職金の有無、又は長年勤務の場合の優遇等につき記入して下さい。					
書類送り先		東京都千代田区神田駿河台1-8-13 日本大学歯学部学生課			

注) 本学部以外の卒業生を採用の対象とされますか ・する ・しない
(○印を付して下さい)

歯科医師 No.

名 称	新卒者 ・ 臨床研修了者 ・ 経験者
勤務地	都・道 府・県
採用数	男 名 ・ 女 名
※詳しい資料は学生課にあります	
受付 年 月 日	

この用紙は掲示用:名称・勤務地・採用数欄のみ記入