

名称				開業S・H 年	管理者氏名			
所在地	〒				☎	Fax		
施設の概況		歯科医師 名	歯科技工士 名	治療台数	台			
		歯科衛生士 名	助手 名	その他	名			
主な条件	主な仕事内容				福利厚生	加入保険	雇用保険	
	勤務時間						歯科医師国保	
	診療時間						健康保険	
	休憩時間						厚生年金	
	採用人数					労災		
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤				その他		
	休日					休暇		
	その他						寄宿舍	有 ・ 無
待遇	基本給				その他			
	総支給額	月収						
	諸手当 (金額)	資格	時間外			提出書類	履歴書	成績証明書
		厚生	通勤				推薦書	卒業見込証明書
		皆勤	食事				その他	
		精勤	その他					
	賞与	夏(基本給・総支給)×	カ月			選考	日時	
		冬(基本給・総支給)×	カ月				場所	
昇給				方法	学力検査・適性検査・面接			
その他				提出期限	平成 年 月 日			
所在地の略図					※ 各々該当するものを○で囲んで下さい ※ 本校卒業生の有無(有・無) 有の場合 その卒業生の名前 ()			

〒424-0876

静岡県静岡市清水区馬走北1-3

静岡山水歯科衛生士専門学校

☎054-346-4777 Fax054-346-4877