

歯科技工士求人票

京都歯科医療技術専門学校

名称	ふりがな 代表者		
所在地	〒 TEL - - FAX - -		
連絡先	ふりがな 担当者氏名 TEL - - FAX - -		
求人数	男子	技工士__名	営業__名 研究員__名 その他__名
	女子	技工士__名	営業__名 研究員__名 その他__名
	不問	技工士__名	営業__名 研究員__名 その他__名
施設概要	医院	自宅診療・診療所(どちらかを で囲んで下さい) 歯科医師__名 衛生士__名 技工士__名 歯科助手__名 その他()	
	技工所	開設場所 自宅・その他(どちらかを で囲んで下さい) 技工士__名 営業__名 事務職員__名 その他()	
	その他		
採用後の業務内容	該当するところに 印を付けて下さい。 () 有床関係 () 修復関係 (インレー・クラウン) () 修復関係 (硬質レジン) () 修復関係 (ポーセレン) () メタルプレート () 特殊技工 () () その他 ()		

勤務時間	平日	午前 時 分 ~ 午後 時 分
	() 曜日	午前 時 分 ~ 午後 時 分
	() 曜日	午前 時 分 ~ 午後 時 分
	休憩時間	時 分 ~ 時 分
休日	日曜日・祝祭日・() 曜日 年未年始 約__日 夏期休暇 約__日 有給休暇__日	
待遇条件	雇用期間(常勤・臨時) 臨時であれば(月・ 年) 基本給__円 総支給額__円 諸手当 通勤手当 有(全額・一部)・無 残業手当 有・無 住宅手当 有(全額・一部)・無 技術手当 有・無 残業時間(月平均) 時間 その他()() 昇給 年__回 __位又は__円程度 賞与 年__回・年間__ヶ月分 退職金 有(最低資格__年)・無	
	加入保険	()健康保険 歯科医師国保 労災保険 雇用保険 厚生年金 国民年金 その他()
	宿舎	有・無 その他()
	応募・選考要領	見学等
応募書類		履歴書・成績証明書・卒業見込書・()
受付期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
選考日時		随時・指定(平成 年 月 日() 時から)
選考場所		
選考方法		面接・筆記・実技・その他()
採用決定	即日・ 日後・その他()	
訪問先略図	問い合わせ先 〒604-8415 京都市中京区西ノ京梅尾町3番地の8 京都歯科医療技術専門学校 技工士科 TEL 075-812-8494 FAX 075-812-8816 技工士科就職担当 秦野	