

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。 （ ） 修復関係（インレー・クラウン・硬質レジン） （ ） 修復関係（ポーセレン） （ ） 有床関係 （ ） メタルプレート （ ） CAD/CAM （ ） インプラント （ ） 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 年末年始 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（ ）ヶ月・（ ）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	
福 利 制 度	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	随時・見学希望相談に応じます
	応 募 書 類	履歴書・成績証明書・卒業見込書・（ ）
	受 付 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
	選 考 日 時	随時・指定（令和 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 〒604-8418 京都市中京区西ノ京東桐尾町1番地 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 有井・村西