

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。 <input type="checkbox"/> 修復関係(インレー・クラウン・硬質レジン) <input type="checkbox"/> 修復関係(ポーセレン) <input type="checkbox"/> 有床関係 <input type="checkbox"/> メタルプレート <input type="checkbox"/> CAD/CAM <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 特殊技工() <input type="checkbox"/> 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	隨時・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	隨時・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梅尾町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 有本・村西