

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（ ）	
訪問先略図	採 用 決 定	即日 ・ 日後 ・ その他（ ）	
	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 有本・村西		