学生アルバイト募集申込書

※記入後、医院控として１部コピーしておいてください。

学　院 使用欄	受付年月日 ．　．	受付No

求人先概要	フ リ ガ ナ		所在地	TEL　　（　　）
	医療機関名			〒　　－
	院　長　名		構成人員	歯科医師（　）人　衛生士（　）人
	募集担当者名	（職名）		技 工 士（　）人　助 手（　）人
募 集 人 員		（　　）人　希望学年（　　年生・特に指定しない）		
採 用 期 間		平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日		
勤務条件	勤 務 時 間	毎 日 ・ 週（　回）・ 指定曜日（　）（　）（　）（　）（　）		
		平日夕方　：　～　： （　曜日）　：　～　： （　曜日）　：　～　： 春・夏・冬休み　：　～　：	時間外勤務	曜日（　）（　）（　）（　） 開始時間　時　分～ 1日平均　時間 1月平均　時間
	＊休　日	日曜 ・ 祝祭日 ・（　）曜日		
	賃　金 （税　込）	＊月給制・週給制・その他（　）	賃 金 支 払	日締　日支払
		1. 賃　金（時 給　円　または　日 給　円） 2. 定額的に支払われる手当　3. その他の手当等 （　）手当　円　（　）手当　円 （　）手当　円　（　）手当　円		
	＊ 交 通 費	全額支給・定額(最高　円まで)支給 ・ 支給無　職員駐車場（ 有 ・ 無 ）		
	＊ 貸 与 物	1. 白衣　2. エプロン　3. ナースシューズ　4. その他（　） 5・学生が持参する物（　・　・　・特に必要ない）		
略図	最寄り駅・バス停　から徒歩　分			

（注）＊印は、該当するものを〇で囲んでください。

掲示有効期限　平成　　年　　月　　日

群馬県高等歯科衛生士学院
〒371－0847　群馬県前橋市大友町1-5-16
TEL027(252)0394　FAX027(254)4767