

フリガナ			
医院名・施設名 <small>※法人名があれば記入</small>			
院長について	【氏名】	( 歳)	【出身大学】
所在地	〒 -		
医院連絡先	【TEL】	【FAX】	
その他連絡先	※担当者様の携帯番号など		
HPアドレス			
Eメールアドレス	@		※必須
希望パスワード	※必須【半角数字と半角英字を混在させ、2文字以上20文字以内で記入】		
応募連絡先	<input type="checkbox"/> 医院電話番号と同じ <input type="checkbox"/> その他( )		
採用担当者	【役職名】	【氏名】	
アクセス	【最寄駅①】	線	駅より 徒歩 分で
	【最寄駅②】	線	駅より 徒歩 分で
	【最寄バス停名】		
診療科目	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 審美歯科		※複数選択可
診療内容 <small>※複数選択可</small>	【専門的治療内容】 <input type="checkbox"/> 咬合 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 無痛治療 <input type="checkbox"/> 顎関節症		
	【審美的治療内容】 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> 口臭		
	【その他】 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 託児 <input type="checkbox"/> 身障者 <input type="checkbox"/> 救急診療 <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> バリアフリー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> レーザー <input type="checkbox"/> マイクロスコープ		
診療時間	①(午前)	～	(午後) ～ (月・火・水・木・金・土・日・祝)
	②(午前)	～	(午後) ～ (月・火・水・木・金・土・日・祝)
	③(午前)	～	(午後) ～ (月・火・水・木・金・土・日・祝)
	④(午前)	～	(午後) ～ (月・火・水・木・金・土・日・祝)
	⑤(午前)	～	(午後) ～ (月・火・水・木・金・土・日・祝)
医院備考	【スタッフ内訳】 Dr: 名 DH: 名 その他: 名	【休診日】	
	【平均患者数】 名/日	【ユニット台数】 台	【開業年】 昭和・平成 年
医院設備			
患者の特色			
アイコン  <b>※全体から 3つのみ 選択</b>	【給与】	<input type="checkbox"/> インセンティブあり	
	【時間】	<input type="checkbox"/> 残業月に10時間以下	
	【勤務日数】	<input type="checkbox"/> 週1回～可 <input type="checkbox"/> 午前のみOK! <input type="checkbox"/> 午後のみOK!	
	【休日】	<input type="checkbox"/> 土日休み <input type="checkbox"/> 完全週休2日制 <input type="checkbox"/> 完全週休2.5日制 <input type="checkbox"/> 完全週休3日制	
	【通勤】	<input type="checkbox"/> 駅チカ・駅ナカ <input type="checkbox"/> マイカー・バイク通勤OK!	
	【業務】	<input type="checkbox"/> スキルアップ制度充実 <input type="checkbox"/> Dr担当制 <input type="checkbox"/> DH担当制	
	【医院設備】	<input type="checkbox"/> 寮・社宅あり <input type="checkbox"/> スタッフルーム完備	
	【医院方針】	<input type="checkbox"/> 完全自費診療	
	【その他】	<input type="checkbox"/> 新卒・第二新卒歓迎 <input type="checkbox"/> 未経験・ブランクOK! <input type="checkbox"/> 育休制度あり	
		<input type="checkbox"/> 主婦さん・ママさん歓迎 <input type="checkbox"/> 経験者優遇	

医院名・施設名 \_\_\_\_\_

受付番号 \_\_\_\_\_

キャッチコピー ※100文字以内						
募集人員について ※複数選択可	【募集雇用形態】 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート		【募集人数】 正社員： 名 パート： 名			
	【パート希望日数】 週 回 ~ 週 回					
	【パート時間指定】 <input type="checkbox"/> 午前のみOK <input type="checkbox"/> 午後のみOK <input type="checkbox"/> フルタイムOK <input type="checkbox"/> 応相談					
業務内容						
給与	正社員	年棒制	総額	~	円	
		月給制	総額	~	円	
			基本給	~	円	
			諸手当	( 手当 )	~	円
				( 手当 )	~	円
				( 手当 )	~	円
	( 手当 )	~		円		
	その他					
	パート	時給制		~	円	
		日給制		~	円	
その他						
昇給・賞与 ※それぞれ1つを選択	【昇給】 <input type="checkbox"/> 1回/年 <input type="checkbox"/> 2回/年 <input type="checkbox"/> 業績による <input type="checkbox"/> なし					
	【賞与】 <input type="checkbox"/> 1回/年 <input type="checkbox"/> 2回/年 <input type="checkbox"/> 業績による <input type="checkbox"/> なし (前年度実績 月/年)					
就業時間	①(午前)	~	(午後)	~	(月・火・水・木・金・土・日・祝)	
	②(午前)	~	(午後)	~	(月・火・水・木・金・土・日・祝)	
	③(午前)	~	(午後)	~	(月・火・水・木・金・土・日・祝)	
	④(午前)	~	(午後)	~	(月・火・水・木・金・土・日・祝)	
	⑤(午前)	~	(午後)	~	(月・火・水・木・金・土・日・祝)	
就業に関する特記事項						
福利厚生 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 歯科医師国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 制服貸与 <input type="checkbox"/> 育児休暇 <input type="checkbox"/> 院内旅行 <input type="checkbox"/> 退職金制度 <input type="checkbox"/> 有給休暇 ( <input type="checkbox"/> 労基法に準じる・ <input type="checkbox"/> 医院都合に準じる・ <input type="checkbox"/> 自由取得の場合 日/年 ) その他 ( )					
交通費	<input type="checkbox"/> 全額支給(上限なし) <input type="checkbox"/> 全額支給(上限 円まで) <input type="checkbox"/> 応相談					
通勤方法	<input type="checkbox"/> 公共交通機関のみ <input type="checkbox"/> マイカー通勤OK <input type="checkbox"/> バイク通勤OK <input type="checkbox"/> 自転車通勤OK					
試用期間 ※それぞれ1つを選択	【正社員】	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 月 )	※給与の変動なし		
		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 月 )	※給与の変動あり ( )		
休日休暇	【パート】	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 月 )	※給与の変動なし		
		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 月 )	※給与の変動あり ( )		
休日休暇	休日について( )					
	<input type="checkbox"/> GW <input type="checkbox"/> 夏期休暇 <input type="checkbox"/> 年末年始休暇 その他 ( )					

〒532-0002

大阪市淀川区東三国1-12-15 辻本ビル7F

TEL : 06-4807-6866(代表) FAX : 06-6393-3232

医院名・施設名

受付番号

【医院PR・院長からのコメント】 ※500文字以内

【スタッフからのコメント】 ※500文字以内

写真①

※掲載したい写真(2メガまで)をメールに添付して  
下記メールアドレスに送信して下さい。

ad@harmonic-net.co.jp

※写真は4枚まで掲載可能です。

写真②

※掲載したい写真(2メガまで)をメールに添付して  
下記メールアドレスに送信して下さい。

ad@harmonic-net.co.jp

※写真は4枚まで掲載可能です。

写真③

※掲載したい写真(2メガまで)をメールに添付して  
下記メールアドレスに送信して下さい。

ad@harmonic-net.co.jp

※写真は4枚まで掲載可能です。

写真④

※掲載したい写真(2メガまで)をメールに添付して  
下記メールアドレスに送信して下さい。

ad@harmonic-net.co.jp

※写真は4枚まで掲載可能です。