

申込日 平成 年 月 日

受付番号

フリガナ				歯科医師会の加入	有・無
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	で 分
	【最寄駅②】	線	駅より	徒歩	で 分
	【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					

〒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 _____

キャッチコピー ※100文字以内						
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						
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 ヵ月/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(ヶ月)	※給与の変動なし		
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			
応募	応募提出書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 卒業(見込)証明書				
	選考方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 適性検査 <input type="checkbox"/> 筆記試験(<input type="checkbox"/> 一般常識 <input type="checkbox"/> 学科 <input type="checkbox"/> 作文) <input type="checkbox"/> 実技試験				
	見学について	<input type="checkbox"/> 見学のみ不可 <input type="checkbox"/> 見学のみ可(<input type="checkbox"/> 要予約 <input type="checkbox"/> 予約不要) <input type="checkbox"/> 白衣・ナースシューズ持参				
	採否の連絡	<input type="checkbox"/> 採用連絡は 日以内 (<input type="checkbox"/> 学校のみ連絡 <input type="checkbox"/> 学校と本人に連絡) その他()				
	応募連絡先	TEL :	FAX :			
採用担当者	役職名 :	氏名 :				

〒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。