

求 職 票

受付番号

※この求職票は、受付日より3カ月間有効です。それ以降、継続される場合は更新が必要です。

◎欄は必ずご記入下さい。(未記入の場合、取扱出来ません)

	記入日	年	月	日
◎希望職種	1. 歯科医師	2. 歯科衛生士	3. 歯科助手	4. 歯科技工士
フリガナ	T e l () -			
氏名	メールアドレス または FAX			
現住所	〒 -			
◎生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	◎性別	1 男	2 女
◎最終学歴	年 月 学校 卒業・中退・在学中(年生)	資格・免許		
職歴				
	◎ ¹ 希望職種の経験年数 年 ヶ月 / ◎ ² 退職時(現在)手取月収 (円)			
◎希望条件	1 常勤	2 パート(週 日位)	◎希望勤務時間	時 分～ 時 分
◎希望月給 (時給)	1 月給 (円)	2 時給 (円)	パートの場合、出勤可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日
◎就職希望地	1 名古屋市内	2 尾張地区	◎通勤時間	分以内
	3 三河地区	4 その他 ()		
その他希望				
紹介所備考欄				
受理日	年	月	日	求職有効期間
				年 月 日

※求職者一覧表への掲載を希望する (する ・ しない)

(利用目的) ①求人事業者及び求職者に対するの情報提供

②管理運営業務、職業安定法における報告、サービスの向上にかかわる業務、業務改善・サービス維持のための基礎資料

私は、当求職票により提供した個人情報、求人者についての事前の連絡と私の同意を前提に、貴会が求人者に提供することに合意します。

◎署名

【提出・問合せ先】愛知県歯科医師会歯科医療関係従事者無料職業紹介所 TEL (052) 962-8020 / FAX (052) 951-5108
 月～金曜日 10:00～15:00
 〒460-0002 名古屋市中区丸の内三丁目5番18号

許可番号 愛知県歯科医師会 : 23-ム-020006

許可番号 愛知県歯科衛生士会 : 23-ム-300005