No.＿＿＿＿＿＿＿＿

アルバイト要項

申込日　　年　　月　　日

歯科医院名		求人数	名
院長名・代表者名			
所在地	〒 TEL（　　）　－　　FAX（　　）　－		
院内構成	歯科医師　　名　歯科衛生士　　名　歯科技工士　　名		
	歯科助手　　名　その他　　名　　計　　名		

・給与関係

時間給　　１時間　　円

交通費　　全額　　円迄支給

その他　　円

・勤務時間

平日　　時　　分～　　時　　分

（　　日）　　時　　分～　　時　　分

・休日

日曜日・祝日・その他（　　）

・所在地の地図

・備考

専門学校名古屋デンタル衛生士学院