

求 職 票

男 ・ 女

令和 年 月 日

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 () 才
現住所	〒		
電話番号	自宅	配偶者の有無	有 ・ 無
	携帯	扶養者人数	人
携帯メールアドレス		PCメールアドレス	
職歴	学歴 大学卒・短大卒・専門学校卒・高校卒・中学校卒 (最終学歴に○印をして下さい。) 職歴		
就職希望 条件	職種	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科助手	
	就業時期	<input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 月ごろから <input type="checkbox"/> その他	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> どちらでもい	
	地域	<input type="checkbox"/> 特にあれば <input type="checkbox"/> 通勤住込別 <input type="checkbox"/> 通勤・住込	
	賃金	<input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 円、日額 <input type="checkbox"/> 円、時間給 <input type="checkbox"/> 円	
	就業時間		
資格免許	取得年月日	年 月 日	
	番号		
	種類		
歯科助手講習 会受講状況	受講時期	年 月 日	
その他の 希望			

※求職票を記入し、当紹介所まで郵送あるいはFAXをお願いします。

郵送先：〒520-0044 滋賀県大津市京町4-3-28

一般社団法人滋賀県歯科医師会 無料職業紹介所 宛

FAX番号：077-523-2788