

求 職 票

受付年月日 年 月 日

求職番号 _____

太枠内の項目に記入してください（※は必須記入。）

氏名※ フリガナ _____		性別※ 1. 女 2. 男	生年月日※ 大・昭 年 月 日		年齢 歳
住所※ 〒 _____ フリガナ _____			電 話※ _____ F A X _____		
就職希望時期 年 月頃		公共職業安定所への求職の登録 1. なし 2. あり			
勤務希望地 第1希望※ (市町村名) 第2希望 第3希望					
資 格※ 1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科技工士 4. 歯科助手 5. その他					
雇用形態※ 1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨時（1ヵ月未満の場合）					
勤務曜日 下記の曜日欄に（1. 1日 2. 半日）より番号を記入 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 祝日					
勤務時間 ____時__分 から ____時__分まで 24時間制で記入					
賃金形態※ 非常勤・臨時を希望する場合のみ記入 1. 月給 2. 日給 3. 時給 4. その他					
給 与※ _____円以上希望 常勤の場合は月額、非常勤・臨時の場合は選択した賃金形態で記入					
年間賞与 ____ . ____ヵ月以上希望					
希望週休※ 1. 特にこだわらない 2. 完全週休2日 3. 隔週週休2日以上					
通勤時間 1. 特にこだわらない 2. 30分以内 3. 1時間以内 4. 1時間以上でも可					
駐 車 場※ 1. 希望しない 2. 希望する					
就職の際重視する条件 1. 給与 2. 勤務時間 3. 通勤時間 4. 勤務内容 5. 休暇 6. その他()					
取得免許		免許番号	取得年月日		
1. 歯科医師		_____	昭・平	年	月 日
2. 歯科衛生士		_____	昭・平	年	月 日
3. 歯科技工士		_____	昭・平	年	月 日
4. 歯科助手		_____	昭・平	年	月 日
5. その他の取得免許		()			
最終学歴	学校	都道府県	昭・平	年卒業	
最終職歴	都道府県	事業所名			
就職年月	昭・平	年	月から	退職年月	昭・平
				年	月まで
家族情報 配偶者 1. なし 2. あり					

求 職 票 (デンタルスタッフ記入用)

職業相談の記録

相談年月日	担当者	内 容	相談年月日	担当者	内 容

紹介の記録

紹介年月日	資格	雇用形態	氏 名	求人番号	採否年月日	備考 (不調理由等)

抹消の記録

抹消区分	1. 就職	2. 就職 (職安)	3. 就職 (自己)	4. 期限切れ	5. 連絡不能	6. 本人希望
	7. 訂正					
抹消年月日	年	月	日			
備考						