

アルバイト生依頼書

年 月 日

施設名	
住所	電話 ()
代表者名	印
担当責任者	
スタッフ (歯科) 医師 名、	歯科衛生士 名、
	歯科技工士 名
	その他 名、
	総従業員数 名
施設の勤務(診療)時間及び休日	
平日	時 分～ 時 分
(曜日のみ	時 分～ 時 分)
休日	日 曜・祭日・ 曜日
現在雇用中の本校アルバイト生	
	歯科衛生士 名、
	歯科技工士 名
アルバイト生依頼数及び待遇	
歯科衛生士	名、時給 円
歯科技工士	名、時給 円
交通費	全額、一部支給 (円まで)
希望する時間	平日 放課後 ～ 時 分
特に希望すること	
最寄りの交通機関	
徒歩	線 駅下車・バス 停下車
付近図	〒577-0803 東大阪市下小阪4-12-3 日本歯科学院専門学校 日本医療学院専門学校 電話(06)6722-5601