室蘭歯科医師会　歯科衛生士バンク
登録用紙

希望する勤務先住所	（伊達市内、室蘭市○○町近辺など）
希望する雇用形態	□こだわらない □常勤 □非常勤 □臨時雇用 □相談
希望する給与形態	□こだわらない □月給　　円以上 □日給　　円以上 □時給　　円以上 □相談
希望する勤務時間・曜日	□こだわらない □相談 □その他具体的に（水曜午後希望、金曜日不可など） （　　）
勤務時間を超える労働	□こだわらない □なし □相談
その他の希望	

お名前	
ご住所	〒
電話番号	
E-mail	

ご記入がおわりましたら、室蘭歯科医師会へFAX送信してください。
ご連絡先にお間違いがないか、確認をお願いします。
FAX送信先：0143-43-7868