

求人番号

34050- 5598641

事業所番号

3405-300481-9

受付年月日 令和6年3月4日

紹介期限日 令和6年5月31日

求人票（フルタイム）

公開範囲

事業所名等を含む求人情報を公開する

識別欄

D29

Z54

オンライン自主応募不可

地方自治体のみ可

就業地住所

広島県福山市

職業分類

028-02

034-03

産業分類

833 歯科診療所

1 求人事業所

事業所名

ワダシカクリニック

わだ歯科クリニック

所在地

〒 720-0832

広島県福山市水呑町 3 4 8 1 - 1

ホームページ <http://wadadc.jp>

2 仕事内容

職種

歯科助手・受付

仕事内容

主に歯科治療の介助・器具の消毒・受付・会計・予約業務等を行なっています。

*ハローワークの窓口でご相談のうえ、必ず、ハローワークの紹介状の交付を受けていただくようお願いします。

雇用形態

正社員以外

正社員以外の名称 有期雇用契約社員

正社員登用 **あり**

正社員登用の実績（過去3年間）

3名登用

派遣・等

就業形態

派遣・請負ではない

労働者派遣事業の許可番号

雇用期間

雇用期間の定めあり（4ヶ月以上）

1年

契約更新の可能性 **あり**（条件付きで更新あり）

契約更新の条件

勤務態度、勤務実績等を考慮し決定します。

3 賃金・手当

月額（a+b）

160,000 円 ~ 205,000 円

※（固定残業代がある場合は a + b + c）

基本給（月額平均）又は時間額

月平均労働日数（20.4 日）

150,000 円 ~ 190,000 円

職能

手当

10,000 円 ~ 15,000 円

円 ~ 円

円 ~ 円

円 ~ 円

なし（円 ~ 円）

固定残業代に関する特記事項

皆勤手当

月給

円 ~ 円

その他内容

実費支給（上限あり）

月額 10,000 円

固定（月末）

固定（月末以外）

翌月 10 日

あり（前年度実績 **あり**）

昇給率 1.00% ~ 5.00%（前年度実績）

あり（前年度実績 **あり**）

年 2 回（前年度実績）

賞与月数 計 3.00ヶ月分（前年度実績）

求人票（フルタイム）



事業所名

わだ歯科クリニック

4 労働時間

就業時間

(1) 09時 00分 ~ 18時 30分

(2) 09時 00分 ~ 17時 00分

(3) ~

又は ~ の間の 時間

就業時間に関する特記事項

(2) 土曜日

時間外労働時間

時間外労働あり 月平均 6 時間

36協定における特別条項 なし

特別な事情・期間等

休憩時間

90分

年間休日数

120日

休日等

木 日 祝日 その他

週休二日制 毎 週

6ヶ月経過後の年次有給休暇日数 10 日

5 その他の労働条件等

加入保険

雇用 労災 ~~公災~~ 健康 厚生

財形 ~~その他（ ）~~

退職金共済

加入

退職金制度

あり

(勤続 2年以上)

企業年金

厚生年金基金 確定拠出年金 確定給付年金

定年制

なし

再雇用制度

なし

勤務延長

なし

入居可能住宅

単身用 ~~あり~~

世帯用 ~~あり~~

利用可能託児施設

なし

託児施設に関する特記事項

6 会社の情報

企業情報

従業員数 5人

就業場所 5人

(うち女性 5人)

(うちパート 2人)

設立年 昭和50年

資本金

労働組合 なし

事業内容

歯科一般

口腔外科

会社の特長

平成26年より歯科医師2名体制で口腔外科専門医も加わります。

平成28年11月、オペ室・滅菌ルーム増設。

役職／代表者名

院長

和田 佳之

法人番号

就業規則

フルタイム あり

パートタイム あり

職務給制度

なし

復職制度

なし

育児休業取得実績

あり

介護休業取得実績

なし

看護休暇取得実績

なし

外国人雇用実績

なし

求人に関する特記事項

*マイカー通勤：無料駐車場有

7 選考等

採用人数

1人

募集理由

欠員補充

選考方法

~~書類選考~~

面接 (予定 1回)

筆記試験

その他

結果通知

~~即決~~

書類選考結果通知

面接選考結果通知

書類到着後 ~~1日以内~~

面接後 3日以内

その他

通知方法

求職者マイページに連絡

~~郵送~~

電話

~~Eメール~~

その他

日時

随時

選考場所

〒 720-0832

広島県福山市水呑町3481-1

応募書類等

ハローワーク紹介状 履歴書 (写真貼付)

職務経歴書 ~~マイカーカード~~ ~~その他~~

送付方法

~~Eメール~~ ~~郵送~~

求職者マイページ

面接時持参

郵送の送付場所

〒

応募書類の返戻

求人者の責任にて廃棄

選考に関する特記事項

担当者

歯科衛生士

カワイ

川合

電話番号 084-956-0246

FAX 084-983-1211

Eメール

内線 ()