

# 雇 入 通 知 書

平成 年 月 日

殿

事業所名 \_\_\_\_\_ 歯科医院

事業主名 \_\_\_\_\_

あなたを採用するに当たっての労働条件は次のとおりです。

雇 用 期 間      1. 期間の定めなし  
                  2. 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
                  (契約更新条項の有無              有 ・ 無)

仕事の内容                      ( \_\_\_\_\_ )

始・終業時間      前                      前  
                         午                      午  
                         後                      後  
                         時                      時  
                         分                      分      (うち休憩時間      分)

休      日      ( \_\_\_\_\_ )

賃      金      1. 時間給 ( \_\_\_\_\_ 円/時間)  
                  2. 日給  
                  3. 月給  
                  4. その他

そ の 他

※ 1週間の労働時間が20時間以上30時間未満の場合、または非常勤の方は加入届とこの用紙が必要です。