雇　入　通　知　書

令和　　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．令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日

（契約更新条項の有無　　有　・　無）

仕事の内容　　（　　）

始・終業時間　午前/午後　　時　　分 ～ 午前/午後　　時　　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。