

無料職業紹介所「ドクターバンクふくしま」求人登録票

登録受付日	平成 年 月 日	受付番号		受付者	
-------	----------	------	--	-----	--

※ 太枠内を記入して下さい(口には✓して下さい。)

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消			登録申請日	平成 年 月 日	
	※受付番号 _____ (変更・取消のみ)					
施設名	形 態			<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
施設所在地	〒 - -					
電話番号	- - <input type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 代表 内線					
ホームページアドレス	http://					
病床数	床	平均在院日数	日	患者数 (1日平均)	外来 入院	(平成 年度) (平成 年度)
	職員数		名 医師数(再掲)		名 看護師数(再掲)	
標榜科 (該当に☑、募集診療科ではありません)	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 胃腸内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 気管食道外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	施設認可 交通機関					
※以降は、具体的な求人内容になります。						
募集勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 名 <input type="checkbox"/> 非常勤 名 (いずれかに☑、勤務形態が異なる場合は、本票を別に御提出願います。)					
募集診療科	科 (募集診療科が異なる場合は、本票を別に御提出願います。)					
雇用期間	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)					
就業時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		: ~ :		(うち休憩時間 分)	
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		: ~ :		(うち休憩時間 分)	
当直の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 約 __ 時間/月						
時間外勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業時間の 特記事項		約 __ 時間/月	
休 暇	年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		特別休暇 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		その他の休暇 ()	
年 収	万円 ~ 万円		賞 与		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (回/年) (平成 __ 年実績 __ 月)	
昇 給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (__ 回/年)		通 勤 手 当		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
住宅手当 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
その他手当等						
社会保険等	<input type="checkbox"/> 退職金 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 企業年金基金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他 ()					
保 育 施 設	◆ __ 歳まで ◆ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		24時間保育		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	◆ <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 敷地外 ◆ 保育時間		: ~ :		病児保育 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他福利厚生						
担 当	(所 属)			(職・氏名)		
	(電話番号) - - 内線			(電子メールアドレス)		

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、御来庁により御送付下さい。

勤務形態、募集診療科が異なる場合は、本票を別に御提出願います。

◆ **本票送付(登録)先**
 無料職業紹介所「ドクターバンクふくしま」事務局
 (福島県地域医療支援センター)

◆ **連絡先**
 住 所 〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地
 (福島県立医科大学1号館3階 福島県地域医療支援センター内)

電 話 024-547-1711 FAX 024-547-1991
 電子メール rmsc@pref.fukushima.lg.jp