

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	令和 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 ※受付番号 _____ (変更・取消のみ)		登録申請日	令和 年 月 日		
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)	外来人(平成年度) 入院人(平成年度)	
職員数	常勤職員数	名	医師数(再掲)	名	看護師数(再掲)	
標榜科	<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 <input checked="" type="checkbox"/> , 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 (令和 年 月 日 ~ 令和 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 約 __ 時間/月		就業時間の 特記事項			
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) (令和 __ 年実績 __ か月)		
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	
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