

無料職業紹介所「ドクターバンクふくしま」求職登録票

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。)

登録区分	<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	
	ふりがな 氏名				性別
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日				
住所	〒 _____				
連絡先電話番号	_____ - _____				
電子メールアドレス	_____				
卒業(在学)大	_____				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
今後の希望	<input type="checkbox"/> すぐに求職したい → 「ドクターバンクふくしま」事務局から連絡いたします。 <input type="checkbox"/> 研修支援を受講後(福島県女性医師再就業支援事業)、求職したい → 「ドクターバンクふくしま」事務局から連絡いたします。 <input type="checkbox"/> 登録のみ ※ 登録のみの方は、以降の記載は不要です。求職される場合は、変更の登録を行って下さい。				
医籍登録の年月日・番号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 登録番号 (_____ 号)	専門診療科	_____		
資格	(専門医資格)		(その他の資格)		
就職条件	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (_____ 回/月程度) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	希望診療科	_____			
	施設種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	希望地域	<input type="checkbox"/> 県北地区 <input type="checkbox"/> 県中地区 <input type="checkbox"/> 県南地区 <input type="checkbox"/> 会津地区 <input type="checkbox"/> 南会津地区 <input type="checkbox"/> 相双地区 <input type="checkbox"/> いわき地区 <input type="checkbox"/> 市町村名 (_____) <input type="checkbox"/> 県内のどこでも			
	勤務希望時期	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃から <input type="checkbox"/> 未定			
	勤務時間等	勤務可能な曜日 <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 勤務可能な時間帯 時 分 ~ 時 分			
	保育所	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	宿舎	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	給与	(常勤の場合) 月収 _____ 円以上 (非常勤の場合) <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 _____ 円以上			
	その他の希望	_____			
	その他特記事項	_____			

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、御来庁により御送付下さい。本票に御記入いただいた個人情報、個人情報保護関係法に基づき厳正に取り扱うとともに、「ドクターバンクふくしま」の業務以外で使用することはありません。

◆ **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

f)

□

┌

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

├

└

┘