

求人登録票

年 月 日

所属施設名：_____

担当部署・担当者：_____

TEL：_____ FAX：_____

メールアドレス：_____

◆施設基本情報

フリガナ	☐	
施設名	☐	
施設代表者名	☐	
HPアドレス	☐	
所在地（勤務地）	☐	
交通アクセス	☐	
病床数	☐	
施設指定等	☐	

◆医師求人内容

募集診療科名	☐			
募集人数	☐	人		
募集形態	☐	常勤 ・ 非常勤		
雇用期間	☐	〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日	・ 期間設定なし	
試用期間	☐	雇用後〇日間	・ 試用期間なし	
勤務日数	☐	週 日		
勤務時間	☐	時 分から 時 分まで（休憩時間 分）		
休日・休暇	☐			
給与	☐	（常 勤）年額 円 ～ 円 （非常勤）時給 ・ 日給 円 ～ 円		
社会保険	☐	有 ・ 無		
社会保険詳細	☐	〇〇保険、〇〇保険など		
時間外勤務	☐	有 ・ 無		
時間外勤務詳細	☐	1週間あたり約〇回、〇時間など		
当直	☐	有 ・ 無	オンコール	☐ 有 ・ 無
当直内容詳細	☐	1ヵ月あたり約〇回など	オンコール内容詳細	☐ 1ヵ月あたり約〇回など
時短勤務	☐	可 ・ 不可	マイカー通勤	☐ 可 ・ 不可
時短勤務詳細	☐		マイカー通勤詳細	☐ 専用駐車場有など
宿舍	☐	有 ・ 無	保育施設	☐ 有 ・ 無
宿舍詳細	☐		保育施設詳細	☐
専門医の取得	☐	可 ・ 不可	研究日の取得	☐ 可 ・ 不可
専門医取得の詳細	☐		研究日詳細	☐
学会出席等に関する補助制度	☐	有 ・ 無		
補助制度詳細	☐			
応募要件	☐			
職務経歴	☐	必要 ・ 不要 ・ その他 （ ）		
自由記載欄	☐			

* 府ホームページへの掲載を希望しない項目がある場合、「□」にチェックをお願いします。

* 府ホームページ（求人情報ページ）に画像を1枚掲載することができます。ご希望の場合は、別途ご提供をお願いします。

なお、恐れ入りますが、ご提供いただく画像は、5MB以下のjpeg形式でお願いします。

◆その他

受動喫煙防止措置について	敷地内禁煙 ・ 特定屋外喫煙場所の設置 ・ その他（ ）
申込み時点で、職業安定法に規定する求人不受理の対象について	該当します ・ 該当しません
ドクターバンク登録医師へ求人票情報を提供することについて	同意します ・ 同意しません

* ドクターバンク登録医師への求人票情報の提供については、「府ホームページでの掲載を希望しない」にチェックがある項目も含め、原則、全ての項目の記載内容を情報提供する予定です。

* 複数の求人登録を希望される場合、募集内容ごとに、求人登録票の作成をお願いします。