

様式 1

求人登録票（申込票）

受付日	年 月 日 ()	求人番号		採用・取消	取扱者	
-----	-----------	------	--	-------	-----	--

(太線で囲んだ項目を記入してください)

①施設種別	1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 その他 ()					
ふりがな						
就業先施設名						
②就業先施設の所在地	〒 ー					
T E L	() ー	F A X	() ー			
勤務形態	1 常勤 2 非常勤 (月 日) 3 その他 ()					
雇用期間	1 定めあり (年 月 日～ 年 月 日) 2 定めなし					
採用人数	人		定年制	あり (歳)・なし		
③業務内容	(希望する診療科に✓印をご記入ください)					
	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	
	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 感染症内科	<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"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 小児科	
	<input type="checkbox"/> 精神神経科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 循環器外科	
	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 気管食道外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	
	<input type="checkbox"/> リハビリ科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 美容外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 眼科	
	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 放射線科	
	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 病理診断科	<input type="checkbox"/> 臨床検査科	<input type="checkbox"/> 救急科		
	※ 業務内容をできるだけ具体的にご記入ください。採用人数が複数の場合は、科目毎の人数を記載願います。(別紙可)					
④就業時間	平日：午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分					
	土曜日：午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 (週 日勤務) (週 時間勤務)					
⑤時間外勤務	月平均	特記事項				
	時間					

休日	日曜・祝祭日・指定日（週 回）・ 年末年始（ 日）・ その他（ 日） 週休2日制：毎週 ・ 隔週 ・ その他（ ） ・ なし	
有休休暇	年次有休休暇（ 日） ・ 夏季休暇（ 日） ・ その他（ 日）	
⑥ 賃金 （税込）	基本給	(a) 月 給： 円 ～ 円
		時 給・日 給： 円 ～ 円
		(b) 月額換算： 円 ～ 円
	手 当	(c) 通勤手当： 1 全額・定額（最高 円まで） 2 なし
		(d) その他の手当： 手当 円
		手当 円
	月 収	(a) 又は (b) + (c) + (d) 円
	賃金締切日	毎月 日 ・ その他（ ）
	給与支払日	毎月 日 ・ その他（ ）
	福 利 厚 生	加入保険等
退職金制度		1 あり（国・県・市町村・共済金・独自） 2 なし
⑦住宅の有無		1 あり（単身用・世帯用） 2 なし 3 その他
⑧施設等の特徴、PR等をご記入ください。（パンフレット類添付可）		

連絡担当者	課係名	
	氏 名	
	内 線	