

受付番号	
受付年月日	年 月 日

求人登録票(申込書兼労働条件明示書)

(太線で囲んだ項目を記入してください)

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			代表者名
施設名称			印
就業先施設の所在地	〒 -		
TEL	() -	FAX	() -
メールアドレス		URL	
雇用形態	1 常勤 2 非常勤 3 その他()		
試用期間	1 あり(月)	2 なし	試用期間中の労働条件
雇用期間	1 あり(年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし		
定年制	1 あり(歳) 2 なし		
募集診療科 及び 募集人数	科	人 常勤・非常勤	科 人 常勤・非常勤
	科	人 常勤・非常勤	科 人 常勤・非常勤
	科	人 常勤・非常勤	科 人 常勤・非常勤
	科	人 常勤・非常勤	科 人 常勤・非常勤
業務内容 (できるだけ具体的に)			
就業時間 (常勤)	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		
非常勤の場合	週 日勤務		週 時間勤務
時間外労働	月平均 時間	特記事項	当直の有無、オンコール或いは臨時呼び出しの有無等
休憩時間	分		
休日	日曜・祝祭日・年末年始(日)・その他(日)		
	週休2日制・4週6休制・その他(具体的に:)		
有給休暇	年次有給休暇(日)・夏季休暇(日)・その他(日)		

賃 金	基本給	常勤	年収	円	～	円
			月給	円	～	円
		非常勤	時給・日給	円	～	円
	手 当	通勤手当	1 全額・定額(最高 円まで)		2 なし	
		その他の手当	手当		円	
			手当		円	
			手当		円	
固定残業代を含む場合はその内容を明記してください。						
福 利 厚 生	加入保険等	1 雇用 2 労災 3 健康 4 厚生 5 介護 6 その他()				
	退職金制度	1 あり(国・県・市・共済金・独自) 2 なし				
	住 宅	1 あり(単身用・世帯用) 2 なし 3 その他()				
	保 育 所	1 あり(院内・院外) 2 なし 3 その他()				
裁量労働制を適用されている場合はその旨を明記ください。(別紙可)						
施設等の特徴、PR等をご記入ください。(パンフレット可)						

連絡担当者	所属先	
	職・氏名	
	TEL	
	FAX	
	メール	

※登録内容が変更になった場合は、その都度ご連絡をお願いいたします。

就業先施設の概要

(太線で囲んだ項目を記入してください)

就業先施設名称												
就業施設場所												
設置主体	1 国・県・市町村 2 医療法人 3 個人 4 その他()											
開設年月日	昭和 平成 令和	年 月 日					一日平均 患者数	入院 外来	人 人			
病床数	一般	床	感染症	床	療養	床	計	床				
	精神	床	特例	床	結核	床						
主な医療機器												
診療科目	内・精・神内・呼内・消内・循内・小・外・整外・形外・美外・脳外・心外・皮・泌・産婦・産婦・眼・耳・放・麻・心内・アレルギー・リウマチ・リハビリ・その他()											
職員数	職種別	常勤	非常勤	職種別	常勤	非常勤						
	医師	人	人	理学療法士	人	人						
	薬剤師	人	人	作業療法士	人	人						
	看護師	人	人	言語聴覚士	人	人						
	准看護師	人	人	視能訓練士	人	人						
	助産師	人	人	介護福祉士	人	人						
	保健師	人	人	看護補助者	人	人						
	栄養士	人	人	事務職員	人	人						
	診療放射線技師	人	人	その他		人	人					
	臨床検査技師	人	人			人	人					
	臨床工学技師	人	人			人	人					
	臨床心理士	人	人			人	人					
就業場所までの略図(最寄り駅、バス停からの道順)												