

求人登録票（申込書兼労働条件明示書）

記入日：令和 年 月 日	受付日 令和 年 月 日	登録番号
--------------	--------------	------

●太枠内について必要事項をご記入ください。（口はノシ、「その他」等該当の場合はご記入ください）

施設種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 健診機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）										
ふりがな									開設者(代表者)名		
* 就業先 施設名称											
* 就業施設 所在地	〒 -										
電話番号					ホームページアドレス						
受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ <input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 建物内禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙場所以外禁煙 ）										
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> その他(嘱託等)（ ）										
試用期間	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ヶ月：試用期間中の労働条件（ ））										
契約期間	<input type="checkbox"/> 無期雇用 / <input type="checkbox"/> 有期雇用：期間の定めあり 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
定年制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ 歳 ） <input type="checkbox"/> その他条件（ ）										
* 募集診療科 * 勤務形態 * 募集人数	科	<input type="checkbox"/> 常勤	人	<input type="checkbox"/> 非常勤	人	<input type="checkbox"/> 常勤・非常勤問わず	人	ほか 診療科	勤務 形態	人数	
	科	<input type="checkbox"/> 常勤	人	<input type="checkbox"/> 非常勤	人	<input type="checkbox"/> 常勤・非常勤問わず	人	科		人	
	科	<input type="checkbox"/> 常勤	人	<input type="checkbox"/> 非常勤	人	<input type="checkbox"/> 常勤・非常勤問わず	人	科		人	
	科	<input type="checkbox"/> 常勤	人	<input type="checkbox"/> 非常勤	人	<input type="checkbox"/> 常勤・非常勤問わず	人	科		人	
	科	<input type="checkbox"/> 常勤	人	<input type="checkbox"/> 非常勤	人	<input type="checkbox"/> 常勤・非常勤問わず	人	科		人	
業務内容	業務内容を診療科ごと具体的に明記してください。(別紙可)										
就業時間	常勤	<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	時 分 ~ 時 分		(うち休憩時間 分)						
	非常勤	勤務時間帯上記時間と異なる場合 <input type="checkbox"/> 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) / <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 週 日勤務 / <input type="checkbox"/> 週 時間勤務 / <input type="checkbox"/> 勤務曜日指定 曜日勤務 / <input type="checkbox"/> 応相談									
時間外労働	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： (月平均 時間)	当直・ オンコールの 有無(*必須)	当直	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ 月 回 ） / <input type="checkbox"/> 応相談							
		オンコール		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ 月 回 ） / <input type="checkbox"/> 応相談							
裁量労働制を適用されている場合はその旨明記してください。(別紙可)											
休日	<input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> 指定日(週 回) <input type="checkbox"/> 週休2日制 <input type="checkbox"/> 4週6休制 <input type="checkbox"/> その他（ ）										
有給休暇	年次有給休暇 日・夏季休暇 日・年末年始休暇 日 <input type="checkbox"/> その他（ ）										
賃金	常勤	<input type="checkbox"/> 年収	<input type="checkbox"/> 月給	円 ~ 円			昇給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 年 回			
	非常勤	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 時給	円 ~ 円			住宅手当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 円			
	賞与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：		通勤手当 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：(<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 定額)		扶養手当		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：			
		年 回	年実績 ヶ月	(上限 円迄)		配偶者 子1名		円 円			
	手当 (別紙可)	手当 手当 手当 手当									
固定残業代を含む場合はその内容を明記してください。(別紙可)											
福利厚生	社会保険等	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 企業年金基金 <input type="checkbox"/> 医賠償 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	住 宅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 単身用 / <input type="checkbox"/> 世帯用						退職金制度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	保 育 施 設	歳まで有 <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		<input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外 保育時間 (: ~ :)						病児保育	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
その他福利厚生											
求人担当者連絡先	所属・職	担当者名			メールアドレス						
					電話番号						
法人等で担当者様の連絡先が就業先施設と異なる場合はご記入願います。	施設名	住 所			メールアドレス						
	所属・職	担当者名			電話番号						

就業先施設の概要

新潟県医師会ドクターバンク
無料職業紹介所

●太枠内について必要事項をご記入ください。(口は✓し、「その他」等該当の場合はご記入ください)

施設情報	就業先施設名称											
	就業施設所在地											
	設置主体	<input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	開設年月日	西暦 年 月 日										
	医師数	常勤				非常勤				初期研修		
		男性	人	女性	人	男性	人	女性	人	男性	人	女性
全職員数	計 人 (医師含む)											
事業内容・特徴	許可病床数	計 床										
	特徴 特記事項	施設等の特徴、特記事項、PR等をご記入ください。(パンフレット類添付可)										
	併設施設											
就業場所までの交通アクセス												
就業場所までの略図(最寄り駅、バス停からの道順)												

- 様式1で*印のついた項目の内容を医師会報、ホームページ等で公開いたします(所在地は市町村(区)のみ)
- 応募された医師にこちらの求人登録票写しをお渡しするので、未記入のないようお願いいたします
- 登録内容が変更になった場合や直接医師より問い合わせがあった場合は、当会宛てにご連絡をお願いいたします