様式1

ドクターバンク求職登録票

新潟県医師会ドクターバンク
無料職業紹介所

記入日：令和　　年　　月　　日	受付日	令和　　年　　月　　日	登録番号	

●太線内の必要事項をご記入ください。(□には✓し、「その他」等該当の場合はご記入ください)

ふりがな		生年月日 □大 □昭 □平	年　月　日　生	年齢	満　歳	性別	□男 □女
氏名							

ふりがな		連絡先	① 自宅電話番号　ー　ー
現住所	〒　－		② 携帯電話番号　ー　ー
			③ FAX番号　ー　ー
			④ 勤務先電話番号　ー　ー
			⑤ メールアドレス（下欄にご記入ください）
勤務先	＊在職中の方のみ記入		
			＊希望連絡方法（上記①～⑤より） □① □② □③ □④ □⑤
			＊電話の場合　連絡可能時間帯　時　分　～　時　分　□いつでも可
勤務先住所	〒　－		＊バンク関係書類送付先　□自宅　□勤務先

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて記入）＊別紙可

●添付書類…医師免許証写し

●本登録票は、職業紹介で応募を希望する求人先に応募情報を提供する際に使用します

様式2

新潟県医師会ドクターバンク
無料職業紹介所

氏　名	

受付日	令和　　年　　月　　日	登録番号	

●太線内の必要事項をご記入ください。(□には✓し、「その他」等該当の場合はご記入ください)

就職希望条件	就職開始(希望)時期	□ 即時　□ 希望なし　□ 希望あり:　令和　　年　　月頃～　□ 未定				
		□ その他　(　　)				
	勤務希望地	□ 県内問わず　□ 上越地域　□ 中越地域　□ 下越地域　□ 佐渡市				
		□ 市町村名　(　　)				
	希望医療施設	□ 無床診療所　□ 有床診療所　□ 病院　□ 介護老人保健施設　□ 健診施設				
		□ その他　(　　)				
		＊具体的に施設の希望がございましたらご記入ください	第1希望		第2希望	
	専門診療科	科	科		科	
	雇用形態	□ 常勤　□ 非常勤:	□　回/月	□　回/週	□　時間/週	
		□ その他　(　　)				
	勤務時間	□ 病院規定の時間で可　□ 希望あり:　時　分　～　時　分				
	勤務可能曜日	□ 月　□ 火　□ 水　□ 木　□ 金　□ 土　□ 日　□ 祝　□ 特にこだわらない				
		□ その他　(　　)				
	時間外	□ 可能　□ 不可　□ 応相談				
	宿直	□ 可能　□ 不可　□ 応相談				
	オンコール	□ 可能　□ 不可　□ 応相談				
	希望給与	□ 年収　□ 月収　万円以上希望　□ 応相談				
	週休	□ 完全週休2日制　□ 隔週週休2日以上　□ 特にこだわらない　□ その他　(　　)				
	宿舎	□ 必要　□ 単身者用　□ 世帯用　□ 不要				
	保育施設	□ 必要　□ 不要				
資格・免許	医籍登録番号	第　　号				
	医籍登録年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日				
	保険医登録番号	医　　号				
	取得認定医・専門医名					

その他希望・条件　(具体的な業務内容についての希望やその他条件等がございましたらご記入ください)