

# 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)

ふりがな						生	<input type="checkbox"/> 大	年 月 日			年	満	性	<input type="checkbox"/> 男
氏名						年	<input type="checkbox"/> 昭				生	歳		<input type="checkbox"/> 女
ふりがな	〒 -					連 絡 先	① 自宅電話番号		-	-				
現住所							② 携帯電話番号		-	-				
	③ F A X 番号		-	-										
	④ 勤務先電話番号		-	-										
勤務先	*在職中の方のみ記入						⑤ メールアドレス							
勤務先住所	〒 -					*希望連絡方法 (上記①～⑤より) <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤								
											*電話の場合 連絡可能時間帯 時 分 ～ 時 分 <input type="checkbox"/> いつでも可			
											*バンク関係書類送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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  
※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

