

施設種別		☐ 病院 ☐ 診療所 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 健診機関 ☐ その他（ ）														
ふりがな						開設者(代表者)名										
就業先称																
就業施設所在地		〒 -														
ホームページアドレス																
受動喫煙対策		☐ 無 ☐ 有：（ ☐ 敷地内禁煙 ☐ 建物内禁煙 ☐ 喫煙場所以外禁煙 ）														
支援要請内容	診療科名と人数	①	科	人	②	科	人	③	科	人						
	年齢	①	歳	～	歳	②	☐ 不問									
	期間	①	令和	年	月	日	～	年	月	日	② ☐ 通年					
	勤務日	☐ 随時 ※ ☐ ゴールデンウィーク ☐ 夏季休暇： 月 日 ～ 月 日														
		☐ 年末年始： 月 日 ～ 月 日 ☐ その他（ ）														
	※随時の場合の指定曜日、午前・午後の別、時間等具体的にご記入ください。															
	勤務時間	①	平	日	時	分	～	時	分	②	土曜日	時	分	～	時	分
		③	日・休日	時	分	～	時	分	④		時	分	～	時	分	
	報酬 (税込金額)	☐ 日給 ☐ 時給 上記勤務時間の場合 ① 円 ② 円 ③ 円 ④ 円														
		その他（ ）														
宿直	☐ 有 ☐ 無 特記事項（ ）															
交通費	☐ 別途有： ☐ 全額実費支給・ ☐ 定額 円 ☐ 無（報酬額に含む 円）															
宿泊費	☐ 別途有： ☐ 全額実費支給・ ☐ 定額 円 ☐ 無（報酬額に含む 円）															
業務内容 (必ずご記入ください)	救急対応の有無、併設施設対応等、業務内容を具体的に明記してください。															
その他希望等																
補償	①医療事故等	☐ 有： ☐ 医師個人 ☐ 医療施設 ☐ 無 ②通勤災害 ☐ 有 ☐ 無														
	③その他の補償	（ ）														
公開の可否		医師会報、新潟県医師会ホームページへの公開について ☐ 同意する ☐ 同意しない(非公開希望)														
求人担当者連絡先	所属職名				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							
	所属職名				担当者名				電話番号							

就業先施設の概要

●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)

新潟県医師会
ドクターショートサポートバンク

施設情報	就業先施設名称												
	就業施設所在地	〒 -											
	設置主体	☐ 国 ☐ 県 ☐ 市町村 ☐ 医療法人 ☐ 個人 ☐ 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	人
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)													

●医師会報・新潟県医師会ホームページへの公開に同意される場合は、様式1 * 印の項目を掲載いたします

●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、当会宛てに連絡をお願いいたします