

# ドクターショートサポートバンク求人登録票

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

●太線内の必要事項をご記入ください。(口には✓し、「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				印	
就業施設所在地	〒 -				
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 )				
* 支 * 援 * 要 * 請 * 内 * 容	診療科名と人数	① 科 名	② 科 名	③ 科 名	
	年齢	① 歳 ~ 歳	② <input type="checkbox"/> 不問		
	期間	① 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 ② <input type="checkbox"/> 通年			
	勤務日	<input type="checkbox"/> 随時 ※ <input type="checkbox"/> ゴールデンウィーク <input type="checkbox"/> 夏季休暇: 月 日 ~ 月 日 <input type="checkbox"/> 年末年始: 月 日 ~ 月 日 <input type="checkbox"/> 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・祝日 時 分 ~ 時 分 ④ ( ) 時 分 ~ 時 分			
	報酬 (税込金額)	<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <small>上記勤務時間の場合</small> ① 円 ② 円 ③ 円 ④ 円 その他 ( )			
宿直	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 特記事項 ( )				
交通費	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 全額実費支給 ・ <input type="checkbox"/> 定額 円 <input type="checkbox"/> 無				
宿泊費	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 全額実費支給 ・ <input type="checkbox"/> 定額 円 <input type="checkbox"/> 無				
業務内容 (必ずご記入ください)					
その他希望等					
補償	① 医療事故等 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 医師個人 <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> 無 ② 通勤災害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	③ その他の補償 ( )				
公開の可否	* 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することに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない				
求人担当者	所属	職・氏名			
	電話番号	F A X	メールアドレス		
※法人等で連絡先が就業先施設と異なる場合	所属先施設名	住所			

# 就業先施設の概要

●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	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)													

新潟県医師会 ドクターショートサポートバンク

- 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