

ドクターショートサポートバンク求職登録票

新潟県医師会
ドクターショートサポートバンク

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。(口には✓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	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平 生	年齢	満	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名				年齢	歳	別	
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 FAX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 (下欄にご記入ください)				
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				
年	月		*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				
学 歴 ・ 職 歴 (各別にまとめて書く) ※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

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)

支 援 登 録 内 容	支 援 可 能 期 間	令和		年	月	～	令和	年	月	
	支 援 可 能 地 域	<input type="checkbox"/> 県内問わず <input type="checkbox"/> 上越地域 <input type="checkbox"/> 中越地域 <input type="checkbox"/> 下越地域 <input type="checkbox"/> 佐渡市								
		<input type="checkbox"/> 市町村名 ()								
		他ご希望がある場合はご記入ください ()								
	希 望 医 療 施 設	<input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 健診施設								
		<input type="checkbox"/> 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			
	支 援 可 能 診 療 科	科		科		科				
	支 援 可 能 時 期	<input type="checkbox"/> 随時 ※ <input type="checkbox"/> ゴールデンウィーク中 <input type="checkbox"/> 夏季休暇中:		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、曜日・午前、午後の別・時間帯等具体的にご記入ください								
支 援 可 能 な 勤 務 内 容	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 日直 <input type="checkbox"/> 宿直									
	<input type="checkbox"/> その他 ()									
希 望 報 酬 額	<input type="checkbox"/> 日勤		円	<input type="checkbox"/> 日直		円	<input type="checkbox"/> 宿直		円	<input type="checkbox"/> 病院規定で可
	<input type="checkbox"/> その他 ()									
資 格 ・ 免 許	医 籍 登 録 番 号	第 号								
	医 籍 登 録 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)										