

氏名		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。(□はノシ、「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 ()							
	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 <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、曜日・午前、午後の別・時間帯等具体的にご記入ください							
希望報酬額	<input type="checkbox"/> 日勤 円(税込) <input type="checkbox"/> 当直 円(税込) <input type="checkbox"/> 病院規定で可								
	<input type="checkbox"/> その他 ()								
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 ()								
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								

バンク使用欄