様式1

ドクターショートサポートバンク求職登録票

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。（□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	□大 □昭 □平　年　月　日　生	年齢	満　歳	性別	□男 □女
氏名							

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　－　－
			⑤ メールアドレス
勤務先	＊在職中の方のみ記入		＊希望連絡方法（上記①～⑤より） □①　□②　□③　□④　□⑤
			＊電話の場合　連絡可能時間帯　時　分　～　時　分　□いつでも可
勤務先住所	〒　－		＊バンク関係書類送付先　□自宅　□勤務先

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）※別紙可

新潟県医師会　ドクターショートサポートバンク

※添付書類…医師免許証写

様式2

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✓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	□県内問わず　□上越地域　□中越地域　□下越地域　□佐渡市
		□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	□無床診療所　□有床診療所　□病院　□健診施設
		□その他　（　　）
	支援可能診療科	科　　科　　科
	支援可能時期	□随時　※　□ゴールデンウイーク　□夏季休暇：　月　日　～　月　日
		□年末年始：　月　日　～　月　日
		□その他　（　　）
		※随時の場合、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	□日勤　円(税込)　□当直　円(税込)　□病院規定で可
		□その他　（　　）
	支援可能な勤務内容	□外来　□病棟　□検査　□日勤　□日直　□宿直
		□その他希望　（　　）
資格免許	医籍登録番号	第　　号
	医籍登録年月日	□昭和　□平成　□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