

富山県ドクターバンク求人登録票

登録受付日	受付番号	受付者
-------	------	-----

※ 太枠内を記入して下さい(□には✓して下さい。)

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消 ※受付番号 (変更・取消のみ)	登録申請日	平成 年 月 日
施設の概要			
施設名	形 態	病院	診療所 その他 ()
施設所在地	〒		
電話番号			
ホームページアドレス	http://		
病床数	床	平均在院日数	日
		患者数(平成 年度)	外来 人(平成 年度)
		(1日平均)	入院 人(平成 年度)
職員数	常勤職員数 名	医師数(再掲) 名	看護師数(再掲) 名
標榜科	<input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 病理科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> その他 ()		
求人内容			
就業場所	〒		
募集勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 名	<input type="checkbox"/> 非常勤 名	募集診療科 科
雇用期間	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)		
勤務時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 : ~ : (うち休憩時間 分)		
宿 直	<input type="checkbox"/> 有 約 ____ 時間/月	<input type="checkbox"/> 無	時間外勤務 <input type="checkbox"/> 有 約 ____ 時間/月 <input type="checkbox"/> 無
就業時間の特記事項			
給 与	年収 万円 ~ 万円		
昇 給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (____ 回/年)	通勤手当 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住宅手当 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他手当等			
社会保険等	<input type="checkbox"/> 退職金 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 企業年金基金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他()		
休 暇	有給休暇	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特別休暇 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	育児休暇	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他の休暇 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
宿 舎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
保 育 施 設	◆ 歳まで ◆ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	24時間保育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	◆ <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 敷地外 ◆ 保育時間 : ~ :	病児保育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他福利厚生			
担 当	(所 属) (電話番号)	(職・氏名) 内線	(メールアドレス)

本票を郵送、FAX、メール、来庁にてご提出ください。

※勤務形態、募集診療科が異なる場合は、本票を別に提出してください。

※登録情報は、求職者への情報提供の目的のためにのみ使用します。それ以外の目的に使用することはありません。

※個人情報の取扱いについては、富山県個人情報保護条例に基づき、適切に取り扱います。

本票提出先	富山県地域医療支援センター(富山県厚生部医務課内)
問い合わせ先	住 所 〒930-8501 富山県富山市新総曲輪1-7
	電 話 076-444-3218 F A X 076-444-3495
	メールアドレス ishibosyu@toyama-doctorbank.jp