

富山県ドクターバンク求職登録票

登録受付日	登録番号	取扱者
-------	------	-----

太枠内を記入して下さい(口には✓して下さい。)

ふりがな				生年月日別	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日 (歳)	男女	
氏名								
住所	〒							
連絡先	電話番号	携帯電話番号						
	メールアドレス							
最終学歴または 在学中の学校	大学	卒業等区分	<input type="checkbox"/> 卒業 卒業年月 年 月 日					
			<input type="checkbox"/> 在学中 卒業年月(予定) 年 月 日					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 初期臨床研修中 <input type="checkbox"/> 後期臨床研修中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> その他()							
医籍登録年月日	昭和・平成	年 月 日 登録	医籍登録番号	号				
所有資格								
就職条件	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (頻度 回/月程度) <input type="checkbox"/> その他 ()						
	施設種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	勤務時間	時 ~ 時	希望診療科	科				
	宿直	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	時間外勤務	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				
	給与	年収 万円 ~ 万円						
	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"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	保育施設	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
	希望地域	<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 新川医療圏 <input type="checkbox"/> 富山医療圏 <input type="checkbox"/> 高岡医療圏 <input type="checkbox"/> 砺波医療圏						
		<input type="checkbox"/> 市町村名()						
勤務希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃から <input type="checkbox"/> 未定							
その他の希望								

本票を郵送、FAX、メール、来庁にてご提出ください。

※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				