

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			登録申請日	令和 年 月 日		
	※受付番号 (変更・取消のみ)						
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	外来人 ()	年度	
				(1日平均)	入院人 ()	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 (該当に□、募集診療科ではありません)	<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 (令和 年 月 日 ~ 令和 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		
宿舍	<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)			(職・氏名)			
	(電話番号)			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					