様式１

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 令和　　年　　月　　日 | 求人番号 | Ａ　　　－ | 採用・取消 | 取扱者 |  |
| 面接日時 | 令和　　年　　月　　日午前・午後　　　時　　分 | 面接場所 |  |

（太線で囲んだ項目を記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| ①施設種別 | １　病　院　　　　２　診療所　　　　３　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ふりがな |  | 代表者氏名 |
| 施設名 |  |  |
| ②施設等の所在地 | （就業場所が所在地と異なる場合、また、将来変更の可能性がある場合には、その旨ご記入ください）〒　　　　－ |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ | （　　　　）　　　－ | Ｆ　Ａ　Ｘ　　 | （　　　　）　　　－ |
| 勤務形態 | １　常　勤　　　２　非常勤　　　３　その他(　　　　)急な欠勤時の他の医師によるカバー：( 有 ・ 無 ） | 年齢 | 　　歳 ～　　歳不　問 |
| 雇用期間 | １　あり（ 　　年　　 月　　 日 ～ 　 　年　 　月　 　日）契約の更新　有〔勤務成績・態度により判断　その他（　　　　　　　　　　　）〕更新上限　有（通算契約期間の上限　　年／更新回数の上限　　年）２　なし |
| 試用期間 | １　あり（　　　　カ月）　　２　なし | 試用期間中の労働条件 |  |
| 採用人数 | 　　　　 　人 | 定年制 | あり（　 　歳） ・　 なし |
| ③仕事の内容 | （希望する診療科等についてご記入ください） |
| ④就業時間 | 平　日 ： 午前 ・ 午後　　　　時　　　分　～　午前 ・ 午後　　　　時　　　分 ： 午前 ・ 午後　　　　時　　　分　～　午前 ・ 午後　　　　時　　　分（週　　　　日勤務）　（週　　　　時間勤務）休　憩： 　　　分勤務時間(定時)の調整：（ 可 ・ 否 ）　勤務時間の臨時変更：（ 可 ・ 否 ） |
| ⑤時間外勤務 | 月平均　　　時間 | 特記事項 | 当直の有無、オンコール或いは臨時呼び出しの有無等 |
| 休　　　日 | 日曜・祝祭日・指定日（週　 　回） ・ 年末年始（ 　　日） ・ その他（ 　　日）週休２日制 ： 毎週 ・ 隔週 ・ その他（　　　　　 　　　） ・ なし産休・育児休暇取得：（ 可 ・ 否 ） |
| 有給休暇 | （ 　　　日）・夏期休暇（ 　　　日）・その他（ 　　　日） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (a)月　　給　　　　　　　　　　　　　　 　円 ～　　　　　　　　　　 円 |
| 時　給 ・ 日　給　　 　　　　　　　　　 　円 ～　　　　　 　　　　　円(b)月額換算　　　　　　　　　　　　　　 　円 ～　　　　　　　　　　 円 |
|  | (c)通勤手当　　１　全額・定額 （最高　　　　　　　　　円まで） ２　なし |
| (d)その他の手当　　　　　　　　手当　　 　　　　　　　 　円　　　　　手当　　 　　　　　　　　　円　　　　　手当　　 　　　　　　　　　円 |
| 月　　　収 | (a)又は(b)＋(c)＋(d) 　　　　　　　　　　円 |
| 昇給 | １　あり　　２　なし　（ありの場合：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 賃金締切日 | 毎月　　　日・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給与支払日 | 毎月　　　日・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福　利　厚　生 | 加入保険等 | １　雇用保険　　２　労災保険　　３　健康保険　　４　厚生年金　　　５　介護保険６　その他（　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）７　医師賠償責任保険（雇用者加入） |
| 退職金制度 | １　あり（ 国 ・ 県 ・ 市 ・ 共済金 ・ 独自 ）　　　２　なし |
| ⑦住宅の有無 | １　あり（ 単身用 ・ 世帯用 ）２　なし３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑧施設等の特徴、ＰＲ等をご記入ください |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑨連絡担当者 | 課係名 |  |
| 氏　名 |  |
| 内　線 |  |