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 |  |