

求人登録票（申込票）

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 土曜日：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	年次有給休暇 (__日) ・ 夏期休暇 (__日) ・ その他 (__日)				

⑥ 賃金 (税込)	基 本 給	(a)月 給 _____円 ~ _____円
		時 給・日 給 _____円 ~ _____円
		(b)月額換算 _____円 ~ _____円
	手 当	(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	