

施設等の概要

受 付 日	令和 年 月 日	求人番号	A 一
-------	-------------------------	------	----------

(太線で囲んだ項目を記入してください)

施　設　名							
設置主体	１ 国・県・市町 ２ 医療法人 ３ 個人 ４ その他（ ）						
開設年月日	昭和 _____年 ____月 ____日 平成 _____ 令和 _____			⑪ 一日平均患者数		入院 _____人 外来 _____人	
病 床 数 ⑫	一 般	床	感 染 症	床	療養（介護）		床
	精 神	床	特 例	床			
	結 核	床	療養（医）	床	計		床
⑬ 主な医療機器							
⑭ 診療科目	内・精・神内・呼内・消内・循内・小・外・整外・形外・美外・脳外・心外・皮・泌・産婦・産・婦・眼・耳・放・麻・心内・アレルギー・リウマチ・リハビリ・その他（ ）						
職 員 数 ⑮	職　　種　　別	常　勤	非常勤	職　　種　　別	常　勤	非常勤	
	医　　　　　師			理　学　療　法　士			
	薬　　　剂　　　師			作　業　療　法　士			
	看　　　護　　　師			言　語　聴　覚　士			
	准　看　護　師			視　能　訓　練　士			
	助　　　産　　　師			介　護　福　祉　士			
	保　　　健　　　師			看　護　補　助　者			
	管　理　栄　養　士			事　　　務　　　員			
	診　療　放　射　線　技　師			そ の 他			
臨　床　検　査　技　師							
臨　床　工　学　技　士							
				合　　　計			
託児所・保育所	託児所・保育所の有無：（ 有 ・ 無 ） 利用の可否：（ 可 ・ 否 ）						
受動喫煙防止措置の状況	敷地内禁煙						
就業場所までの略図（最寄の駅、バス停からの道順）を添付ください。							