

様式 1

求人登録票（申込票）

受付日	平成 年 月 日	求人番号	A -	システム登録確認	
-----	----------	------	-----	----------	--

（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				
ふりがな				開設者氏名	
施設名				印	
②施設等の所在地	〒 -				
T E L	() -	F A X	() -		
メールアドレス					
勤務形態	1 常勤 2 非常勤 3 その他()	年齢	____ 歳～ ____ 歳		
雇用期間	1 定めあり (____年__月__日～ ____年__月__日)			2 定めなし	
定年制	1 あり (____ 歳) 2 なし				
募集人数	_____ 人				
③勤務内容	1 従事する診療科 () 2 業務の種別 (外来診療・病棟診療・検査担当・その他) 具体的な内容 ()				
④就業時間 (非常勤の場合のみ)	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) 勤務曜日指定 (_____ 曜日)				
休憩時間	_____ 時間				
⑤時間外勤務	1 あり (月平均 ____時間) 2 なし				
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				
有給休暇	年次有給休暇 (____日) ・夏期休暇 (____日) ・その他 (____日)				

⑥ 給 与 等 (税 込)	月 給 _____ 円 ~ _____ 円	
	時 給・日 給 _____ 円 ~ _____ 円 (月 額 換 算 _____ 円 ~ _____ 円)	
	通勤手当 1 全額・定額 (最高 _____ 円まで) 2 なし	
	その他の手当 _____ 手当 _____ 円 _____ 手当 _____ 円 _____ 手当 _____ 円	
	年 収	_____ 円 ~ _____ 円
福利厚生	退職金制度	1 あり (国・県・市・共済金・独自) 2 なし
	⑦ 住 宅	1 あり (単身用・世帯用) 2 なし 3 その他 (_____)
	保 育 所	1 あり (院内・院外) 2 なし 3その他 (_____)
	保育所有の 場合	1 対象年齢 _____ 歳から _____ 歳まで 2 保育時間 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ~ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 3 病児保育 あり ・ なし
	その他特記事項 (加入保険等)	
⑧施設等の特徴、PR等をご記入ください。		
求人情報の公開	1 希望する (即時公開する _____ 年 _____ 月 _____ 日から公開する) 2 希望しない	

⑨ 連絡担当者	課係名	
	氏 名	
	内 線	

様式1- (2)

施設等の概要

受付日	平成 年 月 日	求人番号	A -
-----	----------	------	-----

(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 2 町村 3 医療法人 4 個人 5 その他 ()					
開設年月日	大 正 昭 和 平 成	年	月	日	⑪ 一日平均患者数	入院 _____ 人 外来 _____ 人
⑫ 病床数	一般			床	感染症	床
	精神			床	療養	床
	結核			床	計	床
⑬ 主な医療機器						
⑭ 診療科目	内・精・神・呼・消・循・小・外・整・形・美・脳・心 皮・性・肛・産・婦・眼・耳・気・放・麻・心内・アレルギー リウマチ・リハビリ・その他 ()					
後期研修	1 あり 2 なし					
専門医・認定医 研修施設の認定	1 あり 2 なし		認定状況			
⑮ 職員数	職 種 別	常 勤	非 常 勤	職 種 別	常 勤	非 常 勤
	医師	人	人	理学療法士	人	人
	薬剤師			作業療法士		
	看護師			視能訓練士		
	准看護師			義肢装具士		
	助産師			介護福祉士		
	管理栄養士			そ の 他	看護補助者	
	診療放射線技師				事務職員	
	診療X線技師					
	臨床検査技師					
臨床工学技士						
				合 計		
就業場所までの略図（最寄の駅、バス停からの道順）を裏面にご記入ください。						