

医師招聘申込書

クライアントNo	
受付年月	

名称・場所	法人名		設立年月	平成	年	月	日
	施設名		設立年月	平成	年	月	日
	代表者		生年月日		年	月	日
	出身大学		卒業年月				卒業
	所在地	〒					
	人事担当者	職位		TEL			
氏名			FAX				

招 聘 内 容	科目		待遇		人数	人
			待遇		人数	人
	科の専門性	<input type="checkbox"/> 専門に勉強したDr <input type="checkbox"/> 専門は別でも経験したDr <input type="checkbox"/> Drが希望するなら専門問わず				
	博士号	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	認定医	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不問
	年齢	<input type="checkbox"/> 才～位迄 <input type="checkbox"/> 不問	経験年数	<input type="checkbox"/> 年以上 <input type="checkbox"/> 不問		
	年収	<input type="checkbox"/> 万円 <input type="checkbox"/> 約 万円～ 万円 <input type="checkbox"/> 相談の上決定				
	勤務場所		定休日	<input type="checkbox"/> 土・ <input type="checkbox"/> 日曜日・ <input type="checkbox"/> 祝日・ <input type="checkbox"/> その他()		
	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> いずれも可	休日	* 夏期休暇 : * 年末年始 : * その他 :		
	勤務時間	平日: 時 分 ～ 時 分		有給休暇 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
		土曜日:				
	日直	<input type="checkbox"/> 有り(月 回) <input type="checkbox"/> 無し	宿直	<input type="checkbox"/> 有り(月 回) <input type="checkbox"/> 無し		
	学科出席	<input type="checkbox"/> 有り(月 回) <input type="checkbox"/> 不可	研究活動	<input type="checkbox"/> 有り(月 回) <input type="checkbox"/> 不可		
	契約期間	<input type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> その他()		昇給	<input type="checkbox"/> 有り() <input type="checkbox"/> 無し	
	住宅供給	<input type="checkbox"/> 有り(自己負担= 法人の規定) <input type="checkbox"/> 補助有り= 万円迄 <input type="checkbox"/> 無し				
	報酬					
勤務体制						

病 医 院 概 要	科目				
	設備		ベット数	床	
			外来数	全体・日平均= 人	
				招聘科目・日平均= 人	
院長の方針 その他PR 事項など					

備考	
----	--