

受理番号		受理年月日	年 月 日	担当者	
------	--	-------	-------	-----	--

## ・施設概要記入欄

医療機関名	ふりがな		設立	西暦	年
			職員数	名	
住所			TEL(代表)		
			FAX		
代表者		役職			
採用権限者		直通TEL(携帯)			
診療科目					
診療時間					
医師人数	常勤医 人	非常勤医 人	他の医療従事者	看護師 人	薬剤師 人
設備機器					
病床数	床	外来数	1日平均 人	救急搬入数	月平均 人
手術数	月平均 例	IT・システム	□電子カルテ □紙カルテ 他( )		
施設区分		学会認定施設			

## ・求人概要記入欄(詳細にご記入ください)

採用時期	□随時 □( 月 日から)	採用期間	～	
募集科目			職位	
募集対象	※臨床経験年数等対象者の制限をご記入ください			
募集資格・経験				
勤務内容				
勤務地	※上記住所と異なる場合はご記入下さい			
勤務日数 勤務時間	※所定時間外労働が有る場合には、月の平均時間と時間外手当についてご記入下さい			
給与				
諸手当				
当直の有無	※当直が有る場合は当直時間と当直手当をご記入ください			
休日・休暇				
福利厚生				
学会参加	※学会参加がある場合は年間の参加回数をご記入ください			
アピールポイント				