

様式 1

求人登録票（申込票兼労働条件明示書）

受付日	平成 年 月 日 ()	求人番号		採用・取消	取扱者	
-----	--------------	------	--	-------	-----	--

(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 介護老人保健施設 ()	4 その他 ()	
ふりがな					
就業先施設名					
②就業先施設の所在地	〒 -				
T E L	() -	F A X	() -		
勤務形態	1 常勤	2 非常勤 (月 日)	3 その他 ()		
試用期間	1 定めあり (期間 :)	2 定めなし			
雇用期間	1 定めあり (年 月 日 ~ 年 月 日)	2 定めなし			
採用人数	人	定年制	あり (歳)	なし	
③業務内容	<p>(希望する診療科に✓印をご記入ください* 3科目まで)</p> <p><input type="checkbox"/>内科 <input type="checkbox"/>呼吸器内科 <input type="checkbox"/>循環器内科 <input type="checkbox"/>消化器内科 <input type="checkbox"/>腎臓内科 <input type="checkbox"/>神経内科 <input type="checkbox"/>糖尿病内科 <input type="checkbox"/>血液内科 <input type="checkbox"/>感染症内科 <input type="checkbox"/>心療内科 <input type="checkbox"/>アレルギー科 <input type="checkbox"/>リウマチ科 <input type="checkbox"/>皮膚科 <input type="checkbox"/>泌尿器科 <input type="checkbox"/>小児科 <input type="checkbox"/>精神神経科 <input type="checkbox"/>心療内科 <input type="checkbox"/>外科 <input type="checkbox"/>呼吸器外科 <input type="checkbox"/>循環器外科 <input type="checkbox"/>乳腺外科 <input type="checkbox"/>消化器外科 <input type="checkbox"/>脳神経外科 <input type="checkbox"/>気管食道外科 <input type="checkbox"/>整形外科 <input type="checkbox"/>リハビリ科 <input type="checkbox"/>形成外科 <input type="checkbox"/>美容外科 <input type="checkbox"/>小児外科 <input type="checkbox"/>眼科 <input type="checkbox"/>耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/>産婦人科 <input type="checkbox"/>産科 <input type="checkbox"/>婦人科 <input type="checkbox"/>放射線科 <input type="checkbox"/>麻酔科 <input type="checkbox"/>病理診断科 <input type="checkbox"/>臨床検査科 <input type="checkbox"/>救急科</p> <p>* 業務内容をできるだけ具体的にご記入ください。採用人数が複数の場合は、科目毎の人数を記載願います。(別紙可)</p>				
④就業時間	<p>平日 : 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分</p> <p>土曜日 : 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分</p> <p>休憩時間 : 時 分 ~ 時 分</p> <p>(週 日勤務) (週 時間勤務)</p>				
⑤時間外勤務	月平均 時間	特記 事項			

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				
有休休暇		年次有休休暇(日)・夏季休暇(日)・その他(日)				
⑥ 賃 金 (税 込)	基 本 給	年俸:	円~	円		
		月給:	円~	円		
		日給:	円~	円		
		時給:	円~	円		
	手 当	通勤手当: 1 全額・定額(最高	円まで)	2	なし	
		昇給: 1 あり()	2	なし	
		固定残業代:	円			
	その他の手当:	手当	円			
		手当	円			
		手当	円			
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 2 労災 3 健康 4 厚生 5 介護 6 その他()				
	退職金制度	1 あり(国・県・市町村・共済金・独自)	2	なし		
	⑦住宅の有無	1 あり(单身用・世帯用) 2 なし 3 その他				

⑧裁量労働制を適用されている場合はその旨を明記ください。(別紙可)

⑨施設等の特徴、PR等をご記入ください。(パンフレット類添付可)

連絡担当者	課係名	
	氏名	
	内線	

※登録内容が変更になった場合は、その都度お知らせください。