

埼玉県総合医局機構医師登録票(求職)

様式2

受付登録日	平成 年 月 日	受付番号		取扱者	
-------	----------	------	--	-----	--

※太枠内をご記入の上、提出ください。(□は該当にレ)

基本情報					
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消	申請日	平成 年 月 日
ふりがな 氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T	年	月	日生	
自宅住所					
連絡先電話番号	()	連絡先FAX番号	()		
Eメールアドレス					
卒業大学				専門の 診療科	
医籍登録年月日 番号	S・H 年 月 日	番号()	専門医 資格		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> その他()				
在職中の場合 現在の勤務先					

勤務条件等					
勤務地(複数可)	市町村名 ()				
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤(頻度 回/週 程度) <input type="checkbox"/> その他()				
勤務時間等	勤務可能な曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日			
	勤務可能時間帯	【 : ~ : 】			
	特記事項				
勤務施設種別	<input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 公的病院 <input type="checkbox"/> 大学病院 <input type="checkbox"/> その他()				
勤務開始時期	<input type="checkbox"/> 今すぐにでも <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃から <input type="checkbox"/> 未定				
診療科 (複数可)					
給与額	常勤の場合(月額 _____ 円程度) 非常勤の場合(<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 週給 <input type="checkbox"/> 月給 _____ 円程度)				
その他希望事項等 ご記入ください					

※本票にご記入いただいた事項については、個人情報保護法関係法令に則り厳正に取り扱うとともに、本事業以外に使用することはありません。

本票送付並びに問合せ先 〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1 埼玉県医師会業務I課 電話 048-824-2912 FAX 048-822-8515
