

求人申込書

【医師・歯科医師用】

厚生労働大臣許可 (株)医療人材センター

令和 年 月 日

医療機関 名称		診療科目			
		職員数	名	ベッド数	床
所在地	〒	☎			
F A X		URL			
代表者	(役職)	担当者	(役職)		

* 求人概要 *

就業場所					
職 種	専門科目()	採用人数	人	(募集理由)	
仕事内容					
変更の範囲	業務の変更範囲 : 有()・無				
雇用形態	正社員 ・ それ以外()	試用期間	有(月)・無		
雇用期間	雇用の定め: 無 ・ 有()	条件()			
経 験 等	年以上 不問	年 令	不問		
転勤可能性	有() : 無	受動喫煙対策 : 有()・無			

* 給与条件 *

該当項目のみご記入下さい。

区 分	(医師)					
月給制	~	円	諸 手 当 等	手当	円	
日給制	~	円		×	手当	円
日給・月給制	~	円		×	手当	円
時給制	~	円		×	手当	円
税込年収	~	円	一単位		円	
固定残業代	有 (円~ 円) 無 (特記事項:)					
職員駐車場	有 (本人負担額 円)		無			
職員寮	有 (本人負担額 円)		無			
託児所	有 (本人負担額 円)		無			
通勤手当	有 無 月額(円迄)					
賃金締切	毎月 日	賃金支払	毎月 日	退職金制度	無 有 年以上	
定期昇給	年 回	円位	賞与(昨年実績)	年 回	ヶ月分	

* 勤務条件 *

就業時間	時 分~ 時 分	休 日	週休二日制() 月()休 <その他の場合> ()
	時 分~ 時 分		
	時 分~ 時 分		
	時 分~ 時 分		
当直回数	月()日位	休憩時間	分
時間外	月平均 時間 ()		
加入保険	雇用 労災 健保 厚生 退共 基金		
定 年 制	有 一律 才・無	再雇用制度	有 (才迄) ・ 無
育児休業取得実績 :		介護休業取得実績 :	
		看護休暇取得実績 :	
<input type="checkbox"/> 私どもは、この求人申込みの時点において、職業安定法に規定する求人不受理の対象に該当しません。(✓記入して下さい)			

* 特記事項は下の余白にお書き下さい。