

# 短期就労申込書（１）

下記のとおり短期就労の申し込みを致します。

令和 年 月 日

カ	ナ	電話番号	局番（ ）
氏	名		
昭和・平成 年 月 日生（ ）歳		携帯番号	
居所	〒 （ メールアドレス ）		
	最寄りの駅 JR 近鉄 地下鉄 バス（ ）から徒歩 分		

## 自己履歴等 \* 医師免許証の写しを添付してください \*

医 籍 登 録	昭和・平成 年 月 日 第 号
名古屋市医師会	昭和・平成 年 月 入会 会員種別 会員
資 格	学 位
	認定医
	専門医
	指導医
	その他
勤務先 有 無	（勤務先）
医師賠償責任保険	加入なし 加入（ 年 月 ）

## 就 労 希 望 条 件 等 （自分の希望を記載または、希望事項を○で囲む）

就 業 地 区	名古屋市 区内 ・ 自宅通勤 分以内 ・ 特に希望なし
診 療 科 目	
診 療 業 務	一般外来（救急無） ・ 一般外来（救急有） ・ 訪問診療 ・ 入院患者回診 検査 ・ 夜間当直 ・ その他（ ）
報 酬	時間給 千円程度・日給 千円程度・半日給 千円程度
就 労 時 期	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分頃迄 時間/日 日/週 回/月
就 労 日	・希望あり（ 日 月 火 水 木 金 土 祝祭日 ） ・随時（特に希望なし）・その他（ ）
連絡方法等	<連絡方法> ・医師会からのみ ・医療機関からも可 ・どちらでも可 <連 絡 先> ・携帯 ・自宅 ・勤務先（ ー 内線 ） <連絡時期> ・随 時 ・指 定（ ）

## 情 報 公 開 （希望する事項を○で囲んでください）

情報公開同意	この申込内容を仲介希望の医療機関に提示することに同意（する・しない）
--------	------------------------------------

《一般公開は年齢、就労希望条件の二重囲いの項目のみとする》