

求 職 票 (1)

下記のとおり求職の申し込みを致します。 (受付の月を含め12ヶ月間有効です)

令和 年 月 日

カ ナ		電話番号	局 番 ()
氏 名		携帯番号	
昭和・平成 年 月 日生 ()歳			
現住所	〒 - (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
医師賠償責任保険	・未加入 ・平成 年 月 加入 ()

就 業 希 望 条 件 等 (自分の希望を記載または、希望事項を○で囲む)

勤 務 形 態	常用勤務	非常勤勤務	宿 舎	要 (単身 所帯) ・ 不要
就 業 地 区	名古屋市 区内 ・ 通勤 分以内 ・ 特に希望なし			
従事可能な 診療科目○ (主は◎)	内科・呼吸器科・消化器科・胃腸科・循環器科・心療内科・アレルギー科 小児科・精神科・神経科・神経内科・外科・整形外科・形成外科・美容外科 リウマチ科・リハビリテーション科・脳神経外科・呼吸器外科・心臓血管外科 小児外科・産婦人科・産科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・気管食道科・皮膚科 泌尿器科・肛門科・放射線科・麻酔科・皮膚泌尿器科・性病科・その他 ()			
賃 金 等	年俸 万円程度	・非常勤の場合	時間給	円程度
	月給 万円程度		日 給	円程度
就 業 時 間	始 業 時 分		終 業 時 分	
休 日 等	日曜・祝日・() 曜・特になし	週休2日制	毎週	・隔週 ・不問
そ の 他				

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	この申込内容を求人者に提示することに同意 (する・しない)
--------	-------------------------------

《一般公開は年齢と就業希望条件のみとする》