

# 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					
雇用形態	正社員 ・ それ以外( )	試用期間	有( ヶ月) ・ 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	~	× 日		手当	円
日給・月給制	~	× 日		手当	円
時 給 制	~	× 日		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		
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			
	時 分 ~ 時 分	週休二日制( ) 月( )休			
	時 分 ~ 時 分	<その他の場合>			
	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	有 ・ 無		介護休業取得実績	有 ・ 無	
<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。