

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	〒 電				
F A X		U R L			
代 表 者		担 当 者			

* 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 :				
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: 有 ・ 無 (条件等 :	条件: 同条件 ・ ()			
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(敷地内禁煙)・ 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 ・ 無 (円~ 円) (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 (上限:有・無) 月額・定額 他 (円)				
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		
	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 :	
☐ 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。

