　　　　　　　　　　　求人・求職等情報掲載依頼書②

注１：枠内の情報を全て掲載いたします。掲載を希望されない項目は空欄、又は掲載可能な内容で

　　　ご記入下さい。

注２：求人・求職等の連絡、交渉につきましては直接当事者間で行って頂きます。県医師会は、関与、取り継ぎ等は行いませんので予めご了承下さい。

（　売施設　・　買施設　・　賃貸施設　・　賃借施設　用　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | | 住　所 | | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | ‐　　　‐ | | | | |
| 条件等 | 施設種別 | 病院・有診・無診・その他(　　　　) | | | | | | |
| 診療科目 |  | | | | | | |
| 敷地面積 | ㎡ | | | 延べ床面積 | | ㎡ | |
| 築年数 | 年 | 病室の有無 | | 有　・　無 | 駐車場の有無 | | 有　・　無 |
| その他 |  | | | | | | |

申込者住所

申込者電話番号　　　　　‐　　‐　　　　　　　　申込者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

県医受付処理使用欄

受付コード　　　‐　　‐　　　　　　　　　　　　　受付者

掲載予定　　　　月号～　　　　月号　　　　　　　　受付日　　　　年　　　月　　　日

掲載実施　　　　月号～　　　　月号

掲載中止の理由　：　交渉成立　　期日満了　　その他