求人・求職等情報掲載依頼書①

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。

（求　人　用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設種別 | 病院・有診・無診・その他(　　　　)　 | 施設名 |  |
| 施設所在地 | 〒 |
| 条件等 | 診療科目 |  | 年　齢 | ～ |
| その他 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | 　　‐　　‐ | 氏　名 |  |

（求　職　用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 条件等 | 希望施設種別 | 病院　・　有診　・　無診　・　その他(　　　　) | 希望勤務形態 | 常勤　・　非常勤 |
| 勤務希望地 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 診療科目 |  | 年　齢 | ～ |
| その他 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | 　　　‐　　‐ | 氏　名 |  |

申込医療機関名　　　　　　　　　　　　　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