

様式 2

求職登録票（申込票）

受 付 日	令和 年 月 日 ()	求職番号		取 扱 者	
1 紹介者 (有 ・ 無) 紹介者名	2 取消	本会への連絡年月日	令和 年 月 日 ()		

(太線で囲んだ項目を記入して下さい)

ふりがな		性別	1 男 2 女	生年月日	大昭平	年 月 日生	年 齢
氏 名			満 歳				
⑮現住所	〒 —						
T E L	() —	F A X	() —				
⑯家 族	1 配偶者 あり・なし 2 子供 人 3 その他 人						
資 格 免 許 等 ※	(医師免許以外のものをご記入下さい)						
所 属 学 会 等							
就 職 希 望 条 件 ※	1 勤務条件が満たされれば直ぐにでも就職したい 2 一身上の都合で 月頃からであれば就職したい 3 その他 ()						
	⑰希望分野 (診療科等)						
	勤 務 形 態	1 常 勤 2 非 常 勤 3 その他 ()					
	勤 務 時 間	時 分 ～ 時 分		宿 舎	1 要 2 不要		
	週 休 制	1 完全週休2日制に限る 2 隔週週休2日以上 3 週休2日制にこだわらない 4 その他 ()			給 与	月収(税込) 円以上 (非常勤の場合) 円以上	
	就 業 地	第1希望 () 第2希望 ()					
	仕事をする上で 身体上注意する点						

注 1 ⑱医師免許証（写し）並びに⑲履歴書（所定の用紙）を各 1 部添付して下さい。

注2 求人者への閲覧は※印の情報のみとします。