

求 職 票 (医 師)

(1)受付番号 紹介所記入欄		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				(2)受付日 紹介所記入欄		年 月 日		
(3)ふりがな 氏名				(4)性別	男・女	(5)年齢	歳			
				(6)生年月日	大正・昭和	年	月	日生		
(7)現住所		〒								
(8)連絡先 <small>(連絡を希望する項目にご記入下さい)</small>		自宅電話				PCmail アドレス				
		自宅FAX								
		携 帯				携帯mail アドレス				
		連絡を希望する時間帯		午前	:	~	:	午後	:	~
(9)職種	医 師		(10)資格取得年月	昭和 平成	年	月	日	(11)医籍登録番号	第 号	
略 歴	(12)学歴	資格取得校	昭和 平成		年	月	日			
	(13)職歴	昭和 平成	年	月	日	~	昭和 平成	年	月	日
		昭和 平成	年	月	日	~	昭和 平成	年	月	日
		昭和 平成	年	月	日	~	昭和 平成	年	月	日
		昭和 平成	年	月	日	~	昭和 平成	年	月	日
		昭和 平成	年	月	日	~	昭和 平成	年	月	日
	現 状	在職中(常勤・非常勤)・未就業中・学生								
専 門 科 目						パソコン操作	可・不可			
資 格・免 許 等 <small>(医師免許以外)</small>						運転免許	有・無			
(14)就業希望施設 <small>(複数回答可)</small>	病院・診療所・介護老人保健施設・献血関係業務 検診事業(種類:)その他()・特に希望なし									
(15)希望診療科目					(18)雇用形態	常勤・非常勤(回/週)				
(16)希望勤務地	鹿児島市内(地区: 全域)				(19)希望曜日	月・火・水・木・金・土・日				
	鹿児島市外() その他希望()				(19)勤務時間	: ~ :				
(17)勤務時期	平成 年 月 日頃から勤務可				(20)日直	可(回/月)・不可				
	未定()				(21)当直	可(回/月)・不可				
(22)給与額	年 収(税込)		万円 以上		月 収(税込)		円 以上			
	一単位(税込)		円 以上		時 給(税込)		円 以上			
(23)託児施設	不要・必要・施設に託児施設がない場合は施設近隣の託児所を希望									
(24)宿 舎	不要・必要		(25)通勤手段	自家用車・公共交通機関・その他()						
(26)家族情報	配偶者: 有・無 子供: 有(第1子 才、第2子 才、第3子 才)・無 扶養親族: 有(人)・無									
(27)その他 <small>(勤務するに当たっての要望、意見、具体的な業務についての希望等)</small>										

求職票の個人情報は、就職斡旋以外の目的で利用する事はありません。