

様式第2号（第5条関係）

山梨県 医師無料職業紹介事業 求職登録票（申込票）

受 付 日	年 月 日	求職番号	—	取扱者	
-------	-------	------	---	-----	--

※太線で囲んだ項目を御記入ください

ふりがな 氏 名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	満年齢 歳
現 住 所	〒 -					
電話番号等 連絡先	電話番号 () -		FAX () -			
	携帯電話 () -		e-mail			
現 勤 務 先			卒業大学 最終学歴	大学名		
				卒業年		
医 籍 登 録 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		登 録 番 号	号		
専 門 科 目 資格・免許等	専門科目		専門医資格等			
略 歴	期 間 ・ 勤務施設等					
	年 月 ～ 年 月					
	年 月 ～ 年 月					
	年 月 ～ 年 月					
	年 月 ～ 年 月					
	年 月 ～ 年 月					
	年 月 ～ 年 月					
賞 罰	<input type="checkbox"/> 1 有 () <input type="checkbox"/> 2 無					
就 職 条 件	勤 務 形 態	<input type="checkbox"/> 1 常勤 <input type="checkbox"/> 2 非常勤				
	勤 務 希 望 時 期	<input type="checkbox"/> 1 今すぐにでも <input type="checkbox"/> 2 平成 年 月頃から <input type="checkbox"/> 3 その他 ()				
	希 望 診 療 科					
	勤 務 時 間					
	宿 直	<input type="checkbox"/> 1 可能 <input type="checkbox"/> 2 不可	時 間 外 勤 務	<input type="checkbox"/> 1 可能 <input type="checkbox"/> 2 不可		
	保 育 所 施 設	<input type="checkbox"/> 1 必要 <input type="checkbox"/> 2 不要				
	宿 舎	<input type="checkbox"/> 1 必要 <input type="checkbox"/> 2 不要				
	給 与	常勤の場合 年収（税込み） 円以上				
		非常勤の場合 時給 円以上				
そ の 他 条 件	(その他勤務に当たっての要望、業務についての希望などがありましたご記入下さい)					