

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 年月日 <input type="checkbox"/> 平成	満年齢 歳
現住所	〒 -					
電話番号等 連絡先	電話番号 () - FAX () -			e-mail		
現勤務先				卒業大学 最終学歴	大学名	
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					
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)				