

医師求人登録票兼労働条件明示書

※枠内を記入して下さい(□には✓して下さい。)

開設者名 (事業者名)			形態	☐ 病院 ☐ 診療所 ☐ その他 ()	
施設名					
施設所在地 (就業場所)	〒 — —				
電話番号	— — — ☐ 直通 ☐ 代表		(FAX)	— — —	
ホームページ アドレス					
病床数 (入所者定員)	床	平均在院日数	日	患者数 (1日平均)	外来 人 (令和 年度) 入院 人 (令和 年度)
職員数	常勤職員数 名		うち医師数 名	うち看護師数 名	
標榜科目					
その他運営方針 特記事項など					

※以降は、具体的な求人内容になります。

募集勤務形態・求人数	☐ 常勤 名 ☐ 非常勤 名		募集診療科目	科	
業務内容 雇入れ直後	☐ 病棟 ☐ 外来 ☐ 手術 ☐ 訪問 ☐ その他 ()		業務内容 ※変更の範囲	☐ 病棟 ☐ 外来 ☐ 手術 ☐ 訪問 ☐ その他 () ☐ 変更なし	
採用予定時期	令和 年 月 頃 ☐ 随時		試用期間の有無	☐ 有 (ヶ月間) ☐ 無	
雇用契約期間	☐ ☐ 期間の定め有り (令和 年 月 日～日 年 月 日) ・契約の更新有り ☐ () により判断する) ・更新の上限有り ☐ (通算契約期間の上限 年 / 更新回数の上限 回)				
※就業場所	雇入れ直後		変更の範囲 (変更なし ☐)		
就業時間	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 : ~ : (うち休憩時間 分) ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 : ~ : (うち休憩時間 分) (週 日 時間) ※(週 日 時間相談可能) 老健施設 休日夜間オンコール ☐ 有 ☐ 無 当直の有無 ☐ 有 ☐ 無 約 時間/月 訪問診療 看取り対応 ☐ 有 ☐ 無 ※当直有りの場合 就業時間 : ~ : (うち休憩時間 分)				
時間外勤務	☐ 有 (約 時間/月) ☐ 無				
その他特記事項 (就業規則・時間等)					
休日	土曜日 ☐ 日曜日 ☐ 祝祭日 ☐ その他 ☐ ()				
休暇	年次有給休暇 ☐ 有 (法定通り) ☐ 無 年末年始休暇 ☐ 有 日間 ☐ 無 夏季休暇 ☐ 有 日間 ☐ 無				
給与 ※上限・下限明記	常勤	年収 万円～ 万円	賞与	☐ 有 ☐ 無 (回/年) (令和 年実績 か月)	
	非常勤	日給 円 ~ 円			
貸金支払	貸金締切日 毎月 () 日		貸金支払日 毎月 () 日		
昇給	☐ 有 ☐ 無 (回/年)		通勤手当	☐ 有 ☐ 無 (有の場合:上限 実費支給 円) (有り場合:上限 円)	
その他手当等	☐ 当直手当 (平日 円/日、休日 円/日) ☐ 赴任手当上限 円				
社会保険等	☐ 退職金 ☐ 健康保険 ☐ 厚生年金 ☐ 企業年金基金 ☐ 雇用保険 ☐ その他 ()				
福利厚生	医師住宅 ☐ 単身用住宅 ☐ 世帯用住宅		学会出席	☐ 可 (年 回迄) ☐ 不可	
その他	定年 ☐ 有 歳 ☐ 無		退職の申し入れ時期(自己都合) ヶ月前迄		
仕事の内容 (具体的な仕事内容の 他、必要な経験・資格 等)					
受動喫煙防止取組み	☐ 敷地内禁煙 ☐ 敷地内禁煙(特定屋外喫煙場所有り) ☐ 敷地内禁煙(屋外に喫煙場所有り)				
採用担当	(所 属) (役職) 事務長 (氏名) (電話番号) — — 内線 (電子メールアドレス)				

※以下、社内用

登録受付日	令和 年 月 日	受付番号		受付者	
-------	-------------------	------	--	-----	--