

求 職 登 録 票

応募職種	医師
------	----

受付番号	
受付年月日	年 月 日

※申込みの際には、従事を希望する職種の資格証の写しを必ず添付してください。

ふりがな					性別	1 男 2 女	生年月日	昭 平	年 月 日	年齢	歳
氏 名											
現住所	〒 -										
TEL					FAX						
電子メールアドレス					希望する連絡方法	TEL・FAX・電子メール					
家族	1 配偶者 あり・なし 2 子供 _____ 人 3 その他 _____ 人										
資格、免許等	応募職種以外にあればご記入ください。										
所属学会等											
過去の主な勤務先	勤務先 (医師、看護師の場合は、診療科も明記)				勤務期間(年 月～年 月)						
	別添履歴書参照										
就職希望条件	1 勤務条件が満たされればすぐにでも就職したい 2 一身上の都合で _____月ごろからでよければ就職したい 3 その他()										
	勤務形態	1 常勤 2 非常勤 3その他()									
	勤務時間	午前 時 分～ 時 分				宿舎	1 要 2 不要				
	週休制	1 週休日は、土曜及び日曜に限る。 2 4週8休以上 3 その他()				給与	月収(税込) _____ 円以上 (非常勤の場合) 日給・月給 _____ 円以上				
	就業地	第1希望() 第2希望() 第3希望() 大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村、檜原村、奥多摩町									
	仕事をする上で身体上注意する点										
臨時的な労働	① 従事を希望する 2 従事を希望しない										
その他 特記事項があれば、ご記入ください。 (※勤務可能時期等についてご記入ください。)											
第三者への個人情報提供	※提供いただいた求職登録票の情報を求人者に提供することに御同意いただける場合は、以下に署名・記載年月日を記入してください。 提供した求職登録票の情報について、求人者へ提供することに同意します。 年 月 日 署名(自署)										