

## 埼玉県総合医局機構指導医求人登録票

受付登録日	平成 年 月 日	受付番号		取扱者	
-------	----------	------	--	-----	--

※太枠内をご記入の上、提出ください。(□は該当にレ)

基本情報	
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消 申請日 平成 年 月 日
施設名	病院形態 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 大学病院 <input type="checkbox"/> 公的病院 <input type="checkbox"/> その他
施設長氏名	施設URL http://
施設住所	
標榜科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科(胃腸内科) <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科(代謝内科) <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 気管食道外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科(胃腸外科) <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 病理診断科 <input type="checkbox"/> 臨床検査科 <input type="checkbox"/> その他( )
病床数	床 患者数(一日平均) 外来 約_____人・入院 約_____人
常勤職員数	_____人 内訳 医師_____人、看護師_____人、検査技師_____人 事務_____人、その他_____人
担当者	役職 _____ 氏名 _____
連絡先電話番号	TEL ( ) FAX ( )
Eメールアドレス	@
交通アクセス	最寄駅 _____ 線 駅 最寄駅からの交通手段 _____ 自動車通勤 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

受入条件	
希望勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
希望する診療科(複数可)	
希望専門医等	
派遣期間	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定期間(平成 年 月 日~平成 年 月 日)
希望就業曜日時間等	曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	時間 : ~ :
	特記事項
希望する指導内容(複数可)	<input type="checkbox"/> 臨床における専門的技術指導 <input type="checkbox"/> 専門医取得に向けた講義・研修 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> その他( )
給与等	常勤の場合(月額_____円程度)
	非常勤の場合( <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 週給 <input type="checkbox"/> 月給 _____円程度)
	賞与 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 通勤手当 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他の手当等 _____
社会保険等	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 企業年金基金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他( )
その他希望事項等 ご記入ください	

※勤務形態(常勤・非常勤)が異なる場合は、それぞれ別に登録票を提出ください。

本票送付並びに問合せ先  
〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1 埼玉県医師会地域医療I課  
電話 048-824-2912 FAX 048-822-8515