

無料職業紹介所「ドクターバンクふくしま」求人登録票

登録受付日	令和 2 年 12 月 24 日	受付番号	2-67-2	受付者	平栗 嵩久
-------	------------------	------	--------	-----	-------

※ 太枠内を記入して下さい(口には✓して下さい。)

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消		登録申請日	令和 2 年 12 月 23 日	
	※受付番号 _____ (変更・取消のみ)				
施設名	鮫川村国民健康保険診療所	形態	<input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
施設所在地	〒 963 - 8401 福島県東白川郡鮫川村大字赤坂中野字新宿189番地1				
電話番号	0247 - 49 - 2028 <input checked="" type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 代表 内線				
ホームページアドレス	http:// www.vill.samegawa.fukushima.jp				
病床数	床	平均在院日数	日	患者数 (1日平均)	外来 20人 (令和元年度) 入院 人 (令和 年度)
職員数	常勤職員数	1名	医師数(再掲)	1名	看護師数(再掲) 2名
標榜科	<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 胃腸内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input checked="" type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 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"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <small>(該当に<input checked="" type="checkbox"/>, 募集診療科ではありません)</small> <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 気管食道外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 ()				
施設認可					
交通機関	村営バス: 鮫川~棚倉町 福島交通: 鮫川~埸町・鮫川~石川町 診療所送迎バス ※以降は、具体的な求人内容になります。				
募集勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 1名 <input type="checkbox"/> 非常勤 名 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> , 勤務形態が異なる場合は、本票を別に御提出願います。)				
募集診療科	内科 (募集診療科が異なる場合は、本票を別に御提出願います。)				
雇用期間	<input type="checkbox"/> 指定なし <input checked="" type="checkbox"/> 指定期間 (令和 3 年 4 月 1 日 ~ 令和 年 月 日)				
就業時間	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 8 : 30 ~ 17 : 15 (うち休憩時間 60 分)				
	<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 : ~ : (うち休憩時間 分)				
	当直の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 約 __ 時間/月				
時間外勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 約 __ 時間/月	就業時間の 特記事項	特別養護老人ホーム等の嘱託医師兼務		
休暇	・年次有給休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・特別休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・その他の休暇()				
年収	1,200 万円~ 万円	賞 与	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 回/年) (平成 __ 年実績 __ 月)		
昇給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (__ 回/年)	通勤手当	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	住宅手当	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
その他手当等					
社会保険等	<input checked="" type="checkbox"/> 退職金 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険 <input checked="" 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()				
保育施設	◆ 5 歳まで ◆ <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		24時間保育	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	◆ <input type="checkbox"/> 敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 敷地外 ◆ 保育時間 : ~ :		病児保育	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
その他福利厚生					
担当	(所 属) 住民福祉課 (職・氏名) 住民福祉課長 古舘甚子 (電話番号) 0247 - 49 - 3112 内線 直通 (電子メールアドレス) jumin@vill.samegawa.fukushima.jp				

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、御来庁により御送付下さい。

勤務形態、募集診療科が異なる場合は、本票を別に御提出願います。

◆ 本票送付(登録)先

無料職業紹介所「ドクターバンクふくしま」事務局
(福島県地域医療支援センター)

◆ 連絡先

住 所 〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

(福島県立医科大学1号館3階 福島県地域医療支援センター内)

電 話 024-547-1711 FAX 024-547-1991

電子メール rmsc@pref.fukushima.lg.jp