

## 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 6 年 4 月 11 日	受付番号	6-99-1	受付者	寺山
-------	-----------------	------	--------	-----	----

※ 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 6 年 4 月 10 日	
	※受付番号 _____ (変更・取消のみ)				
施設名	医療生協会津若松診療所	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	〒 965 - 0818 福島県会津若松市東千石1丁目2-13				
電話番号	0242 - 28 - 0892 <input checked="" type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 代表 内線				
ホームページアドレス	http:// <a href="mailto:aizusei@wonder.ocn.ne.jp">aizusei@wonder.ocn.ne.jp</a>				
病床数	床	平均在院日数	日	患者数 (1日平均)	外来 50~60 人 (令和 5 年度) 入院 _____ 人 (令和 _____ 年度)
職員数	常勤職員数 13 名		医師数(再掲)	1 名	看護師数(再掲) 7 名
標榜科 (該当に☑、募集診療科ではありません)	<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 checked="" 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 <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	会津若松駅から(車:10~15分)(バス:10~15分)				
※以降は、具体的な求人内容になります。					
募集勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 _____ 名 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤 1 名 (いずれかに☑、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・消化器科・小児科科 (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 6 年 10 月 1 日 ~ 令和 7 年 3 月 31 日)				
就業時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 9 : 00 ~ 18 : 00 (うち休憩時間 150 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	毎月第4木曜日の1日間		
休暇	・年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・特別休暇 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・その他の休暇( )				
年収	_____ 万円 ~ _____ 万円	賞与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( _____ 回/年) (令和 _____ 年実績 _____ か月)		
昇給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( _____ 回/年)	通勤手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住宅手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他手当等	給与は要相談				
社会保険等	<input type="checkbox"/> 退職金 <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( )				
保育施設	◆ _____ 歳まで ◆ <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			24時間保育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	◆ <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 敷地外 ◆ 保育時間 : ~ :			病児保育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他福利厚生					
担当	(所 属) 医療生協会津若松診療所		(職・氏名)	猪俣 スミ子	
	(電話番号) 0242 - 28 - 0892 内線		(電子メールアドレス)	<a href="mailto:aizusei@wonder.ocn.ne.jp">aizusei@wonder.ocn.ne.jp</a>	

(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](mailto:rmsc@pref.fukushima.lg.jp)