


秘 沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

*項目は必須

受付登録日： 2017年 月 日		受付番号：			
ふりがな *氏名		*生年月日	(西暦) 年 月 日生		
*住所	〒 -				
*連絡先	電話(自宅または携帯)：				
	E-mail：				
*医籍登録日	平成 年 月 日登録	保険医登録番号	医 号		
*医籍番号	(号)	*専門診療科			
資格	専門医資格	その他の資格			
*現在の状況	①就業中 ②休職中(産休・育休・病休) ③離職中 ④その他：				
*現在の勤務先					
 希望条件	就業形態	①常勤 ②非常勤(頻度 回/月程度) ③その他：			
	希望診療科				
	施設種別	①病院 ②診療所 ③その他：			
	希望地域	第1希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島 第2希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島			
	勤務希望時期	①今すぐ ②平成 年 月頃から ③未定			
	勤務時間	勤務可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日		
		勤務可能な時間帯	時 分 ~ 時 分		
	当直勤務	①できる ②できない			
	希望業務内容	①病棟 ②外来 ③健診 ④パート ⑤臨時 ⑥産業医			
	給与	常勤務の場合	月給：	以上	
		非常勤の場合	日給：	以上	月給：
		臨時の場合	時給：	以上	
	保育所	要・不要			
再就業のための再研修					
その他希望					