

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： 20 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	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 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				