

# 求 職 票

受付 20 年 月 日  
整理番号 番

氏 名		生年月日	大・昭・平	年	月	日
住 所	〒					
電 話 番 号				連 絡 先		
履 歴	年	月	学 歴 ・ 職 歴			
	年	月				
	年	月				
	年	月				
	年	月				
	年	月				
就 職 希 望 条 件	就職希望の時期	20	年	月	頃	
	勤務希望地					
	勤務先	病院 ・ 診療所 （ 医科 ・ 歯科 ）				
	希望の担当科	内 ・ 外 ・ 整 ・ 小児 ・ 婦 ・ その他 （				
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤				
	勤務時間	時	分	～	時	分
	勤務できる曜日	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 特になし				
	賃金					
	週休	週休2日制 ・ 隔週休2日制 ・ 特になし				
	宿舍	不要 ・ 単身 ・ 世帯宿舍				
	その他					
資 格 免 許	取得年月日	20	年	月	日	
	番号	第			号	
	種類	医師 ・ 歯科医師				

※ 医師免許証のコピーの添付をお願いいたします。