

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				
	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
		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			