

沖縄県ドクターバンク求人票（就業条件明示書）

事務局使用

受付日：

受付番号：

取扱担当者：

求人者

ふりがな		施設種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 老健施設	
施設名称			<input type="checkbox"/> 健診センター <input type="checkbox"/> その他()	
代表者名		病床数	<input type="checkbox"/> 一般 (床) <input type="checkbox"/> 療養 (床)	
			<input type="checkbox"/> 精神 (床) <input type="checkbox"/> その他()	
所在地	〒	1日平均 総患者数	入院 (人) 外来 (人) 訪問 (人) その他()	
標榜科		人事担当者 連絡先	氏名及び担当部署：	
			TEL	FAX
			E-mail	
			URL	

求人内容①

募集診療科 (診療科毎に作成)		求人数		必要な資格・ 経験年数等	
業務内容	※雇入直後から契約期間中に業務内容の変更が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()				
就業場所	<input type="checkbox"/> 施設所在地に同じ <input type="checkbox"/> 施設所在地以外 () ※雇入直後から契約期間中に就業場所の変更(転勤等)が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()				
受動喫煙防止措置	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 屋外に喫煙場所設置 <input type="checkbox"/> その他 ()				
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> その他 ()				
雇用期間	<input type="checkbox"/> 定めなし <input type="checkbox"/> 定めあり (<input type="checkbox"/> 4か月以上 <input type="checkbox"/> 4か月未満 <input type="checkbox"/> 日雇又は1か月未満) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
(雇用期間定めありの場合) 契約更新の可能性	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 原則更新 <input type="checkbox"/> 条件付で更新) <input type="checkbox"/> なし ↳ 更新条件等：				
試用期間	<input type="checkbox"/> あり ↳ 試用期間： <input type="checkbox"/> なし ↳ ※試用期間中の労働条件は <input type="checkbox"/> 同条件 <input type="checkbox"/> 異なる ()				
勤務時間等	就業時間(平日)	時	分~	時	分 (うち休憩 分)
	就業時間(土曜)	時	分~	時	分 (うち休憩 分)
	就業時間(日・祝)	時	分~	時	分 (うち休憩 分)
	残業	<input type="checkbox"/> あり(平均 時間/月) <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 子育て中は免除			
	交替制	<input type="checkbox"/> あり(交替) <input type="checkbox"/> なし			
	当直	<input type="checkbox"/> あり(回/月) <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 子育て中は免除			
	オンコール	<input type="checkbox"/> あり(回/月) <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 子育て中は免除			
休日	<input type="checkbox"/> 週休2日制 (曜日) <input type="checkbox"/> 隔週休2日以上 <input type="checkbox"/> その他休暇 (年間休日 日、)				

求人内容②	医師へのサポート		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（具体的な内容：_____）								
	賃金等	給与体系	<input type="checkbox"/> 年俸	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 時給	<input type="checkbox"/> その他（_____）					
		基本給	_____円～		_____円							
		定額的に支払われる手当	（_____）手当	_____円～	_____円	昇給	<input type="checkbox"/> あり（_____回/年）	<input type="checkbox"/> なし				
			（_____）手当	_____円～	_____円	賞与	<input type="checkbox"/> あり（_____回/年）	<input type="checkbox"/> なし				
			（_____）手当	_____円～	_____円	通勤手当	<input type="checkbox"/> あり(上限_____円)	<input type="checkbox"/> なし				
			（_____）手当	_____円～	_____円	退職金制度	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
			（_____）手当	_____円～	_____円	加入保険	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 厚生	<input type="checkbox"/> 雇用	<input type="checkbox"/> 労災		
	（_____）手当	_____円～	_____円	<input type="checkbox"/> その他（_____）								
	福利厚生	保育施設	<input type="checkbox"/> 敷地内にあり <input type="checkbox"/> 敷地外にあり <input type="checkbox"/> なし ※保育施設特記事項(利用時間や対象年齢等)：_____									
その他育児支援		<input type="checkbox"/> あり（_____） <input type="checkbox"/> なし										
住宅手当		<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 定額（上限_____円） <input type="checkbox"/> なし										
マイカー通勤		<input type="checkbox"/> マイカー通勤不可 <input type="checkbox"/> マイカー通勤可（ <input type="checkbox"/> 駐車場あり（_____円/月） <input type="checkbox"/> 駐車場なし（_____）										
★求人PR欄（その他福利厚生、各種手当、求職者へのPR等をご記入ください。） _____ _____ _____												

日本医師会への情報提供について承諾しますか。 ☐ 了承する ☐ 了承しない

私どもは、この求人申込みの時点において、職業安定法に規定する1～6に掲げる求人不受理の対象に該当いたしません。

- 1 求人内容が法令に違反する求人
- 2 労働条件が通常の労働条件と比べて著しく不適当な求人
- 3 求人機関が労働条件を明示しない求人
- 4 一定の労働関係法令違反のある求人機関による求人
- 5 暴力団員等からの求人
- 6 職業紹介事業者からの自己申告の求めに応じなかった求人機関による求人

上記内容に相違ありません。

施設名

代表者名

※求人登録の有効期限は受付日から1年間です。

※申込内容に変更が生じた場合は、その都度報告してください。

令和7年9月1日更新

【問い合わせ先】

沖縄県医師会事務局（沖縄県ドクターバンク）

〒901-1105 沖縄県南風原町字新川218-9

TEL : 098-888-0087 FAX : 098-888-0089

E-mail : shomu@ml.okinawa.med.or.jp