

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： 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	小児科		
	施 設 種 別	①病院 ②診療所 ③その他：		
	希 望 地 域	第1希望： ☐ 那覇 ☐ 南部 ☐ 中部 ☐ 北部 ☐ 離島		
		第2希望： ☐ 那覇 ☐ 南部 ☐ 中部 ☐ 北部 ☐ 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		
	オンコール	①可能 ②不可 ③相談可		
	時間外	①可能 ②不可 ③相談可		
	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				