

無料職業紹介所「ドクターバンクふくしま」求人登録票

登録受付日	令和 3 年 10 月 26 日	受付番号	3-85-1	受付者	平栗
-------	------------------	------	--------	-----	----

※ 太枠内を記入して下さい(口には✓して下さい。)

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消			登録申請日	令和 3 年 10 月 25 日		
	※受付番号 <u>30-85-2</u> (変更・取消のみ)						
施設名	医療法人櫻仁会 西白河病院		形態	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他 ()			
施設所在地	〒 969 - 0287 福島県西白河郡矢吹町井戸尻445						
電話番号	0248 - 42 - 3711 <input checked="" type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 代表 内線						
ホームページアドレス	http://ns-hp.ecnet.jp/index.html						
病床数	150 床	平均在院日数	537 日	患者数 (1日平均)	外来 10 人 (令和 2 年度)	入院 104 人 (令和 2 年度)	
職員数	常勤職員数 56 名		医師数(再掲)	1 名	看護師数(再掲) 31 名		
標榜科	<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 胃腸内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <small>(該当に☑、募集診療科ではありません)</small> <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 気管食道外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input checked="" type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 ()						
施設認可	15:1入院基本料 精神科作業療法 精神科訪看護						
交通機関	JR東北本線「矢吹駅」より車で5分/東北自動車道「矢吹IC」より車で5分 ※以降は、具体的な求人内容になります。						
募集勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 名 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤 1 名 (いずれかに☑、勤務形態が異なる場合は、本票を別に御提出願います。)						
募集診療科	精神科 (募集診療科が異なる場合は、本票を別に御提出願います。)						
雇用期間	<input checked="" type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)						
就業時間	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 8 : 30 ~ 17 : 00 (うち休憩時間 60 分)						
	<input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 17 : 00 ~ 8 : 30 (うち休憩時間 分)						
	当直の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 約 4 回/月						
時間外勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 約 __ 時間/月		就業時間の 特記事項	可能な曜日の日勤および当直(定期非常勤):日勤1日のみ、当直1回のみでも可			
休暇	・年次有給休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		・特別休暇	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・その他の休暇()			
年収	日勤:10万円/日 当直:5万円/回		賞与	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (回/年) (平成 __ 年実績 __ か月)			
昇給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (__ 回/年)		通勤手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		住宅手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他手当等							
社会保険等	<input type="checkbox"/> 退職金 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 企業年金基金 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他()						
保育施設	◆ __ 歳まで ◆ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日			24時間保育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	◆ <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 敷地外 ◆ 保育時間 : ~ :			病児保育	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他福利厚生							
担当	(所 属) 総務		(職・氏名)	近内久美子			
	(電話番号) 0248 - 42 - 3711 内線		(電子メールアドレス)	nishishirakawa-hp@ns-hp.ecnet.jp			

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、御来庁により御送付下さい。

勤務形態、募集診療科が異なる場合は、本票を別に御提出願います。

◆ 本票送付(登録)先

無料職業紹介所「ドクターバンクふくしま」事務局
(福島県地域医療支援センター)

◆ 連絡先

住 所 〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

(福島県立医科大学1号館3階 福島県地域医療支援センター内)

電 話 024-547-1711 FAX 024-547-1991

電子メール rmsc@pref.fukushima.lg.jp