

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 4 年 9 月 1 日	受付番号	4-96-2	受付者	寺山
-------	----------------	------	--------	-----	----

※ 太枠内を記入して下さい(口には✓して下さい。)

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消		登録申請日	令和 4 年 9 月 1 日	
	※受付番号 _____ (変更・取消のみ)				
施設名	しいの木うちクリニック	形態	<input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
施設所在地	〒 960 - 8001 福島市天神町16-7				
電話番号	024 - 573 - 0010 <input checked="" type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 代表 内線				
ホームページアドレス	http://www.shiinokiouchi.com/				
病床数	0床	平均在院日数	日	患者数 (1日平均)	外来 人 (令和 年度) 入院 人 (令和 年度)
職員数	常勤職員数 4名		医師数(再掲)	1名	看護師数(再掲) 名
標榜科 (該当に☑、募集診療科ではありません)	<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 小児科 <input checked="" 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 checked="" 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 <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 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (緩和内科 在宅訪問診療診療所です)				
施設認可					
交通機関	駐車場あり、福島交通飯坂線曾根田駅より徒歩7分程度				
※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 1,2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	(応相談)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"/> 応相談 <input type="checkbox"/> (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)				
就業時間	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 8 : 45 ~ 16 : 45 (うち休憩時間 60分)				
	<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 : ~ : (うち休憩時間 分)				
当直の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 約 時間/月					
時間外勤務	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 約 時間/月		就業時間の 特記事項	オンコールあり(当番制)	
休暇	・年次有給休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		・特別休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・その他の休暇(夏季・冬季)	
年収	1,500万円~ 2,500万円 非常勤の場合、年齢・経験による		賞与	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2 回/年) (令和 3 年実績 4 か月)※事務職	
昇給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 応相談		通勤手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
住宅手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
その他手当等	応相談				
社会保険等	<input checked="" type="checkbox"/> 退職金 (条件あり) <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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無
その他福利厚生	医師住宅あり 学会参加費用補助				
担当	(所 属) 開設者		(職・氏名)	佐藤 志以樹	
	(電話番号) 024 - 573 - 0010 内線		(電子メールアドレス)		

(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