

②求職登録票（女性医師 記入例）

2023年 3月 20日

ふりがな	きょうと はなこ		性別	女
氏名	京都 花子		年齢	31 歳
生年月日	平成 3 年 10 月 9 日			
現住所	〒606-8536 きょうとし さきょうく あわたぐちとりいちょう 京都市左京区栗田口鳥居町2-1 メゾン・ド・ソレイユ403			
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> E-Mail	080-5555-5555 kyoto-hanako@pref.kyoto.lg.jp	選択肢より、お選び下さい	
出身大学 (最終学歴)	東京女子医科大学医学部医学科		平成 28 年 3 月卒業	
医籍登録	第 12345678 号	平成 28 年 4 月 1 日登録		
現在勤務先等 (現在の状況)	令和3年3月に、医療法人〇〇病院を出産と育児のため退職。 以降は家庭内で育児に専念しています。			
専門診療科	呼吸器内科			
認定医等 保有資格	日本内科学会認定医			
家族構成	①配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 有り ②子供 1 人 ③その他 () 人			
勤務希望条件				
希望分野 (診療科)	内科、呼吸器内科 選択肢より、お選び下さい			
勤務形態	<input type="checkbox"/> ①常勤			
	<input checked="" type="checkbox"/> ②非常勤 勤務頻度 3 日/週程度 勤務希望時間帯 (10:00 ~ 15:30)			
	<input type="checkbox"/> ③その他 () (※月数回程度の場合はその他に記入してください)			
勤務開始時期	<input type="checkbox"/> ①今すぐ <input checked="" type="checkbox"/> ②令和 5 年 5 月頃から <input type="checkbox"/> ③未定 <input type="checkbox"/> ④その他 ()			
宿 舎	<input type="checkbox"/> ① 希望する 世帯用 <input checked="" type="checkbox"/> ②希望しない			
勤務希望地域	<input type="checkbox"/> ① 具体的な地域があれば記入 () <input checked="" type="checkbox"/> ②自宅から 時間 30 分以内			
希望年収	万円 (税込)			
当 直	<input type="checkbox"/> 可 (回/月程度) <input checked="" type="checkbox"/> 否			
その他 (要望・条件等があれば記入 して下さい)	子供がおり、時間の制約がありますので延長的な勤務は難しいですが、もし院内保育が常時可能であれば、柔軟に対応したいと考えています。			

※セカンドキャリアをご希望の方は下記もご記入ください。

退職時期 (予定)	年 月 日	該当欄にチェックして下さい
希望業務	①一般診療	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 病棟
	②リハビリ	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 病棟
	③老健施設など	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	④入院受け持ち	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	⑤救急外来	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	⑥訪問診療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	⑦褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	⑧手術	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 術者 <input checked="" type="checkbox"/> 指導のみ
	⑩検査	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 術者 <input type="checkbox"/> 指導のみ
	⑪その他	()

*皆様の個人情報は、「京都府医師バンク事業個人情報適正管理規程」に基づき、京都府が責任をもって管理します。
*有効期限は、登録の日から6ヶ月となります。引き続き更新することもできます。

【京都府医師バンク】
〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町 京都府健康福祉部医療課医療人材確保係内
TEL : 075-414-4716 FAX : 075-414-4752
E-mail : iryo@pref.kyoto.lg.jp