

③求職登録票（ベテラン医師 記入例）

2023年 5月 20日

ふりがな	きょうと いちろう		性別	男
氏名	京都 一郎			
生年月日	昭和 29 年 12 月 1 日	年齢	68 歳	
現住所	〒602-0912 きょうとし かみぎょうく からすまどおり いちじょうさがる たつまえちょう 京都市上京区烏丸通一条下ル龍前町590-1			
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯電話 080-4444-4444 <input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> E-Mail kyoto-ichiro@pref.kyoto.lg.jp		選択肢より、お選び下さい	
出身大学 (最終学歴)	京都府立医科大学医学部医学科		昭和 54 年 3 月卒業	
医籍登録	第 12345678 号	昭和 54 年 4 月 1 日登録		
現在勤務先等 (現在の状況)	医療法人〇〇病院 病院長を本年3月末退職。現在求職活動中。			
専門診療科	整形外科			
認定医等 保有資格	日本整形外科学会専門医、日本整形外科学会脊椎脊髄病医、日本リュウマチ学会専門医			
家族構成	①配偶者 有り ②子供 人 ③その他 () 人			
勤務希望条件				
希望分野 (診療科)	整形外科		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	(9:00 ~ 17:00)
勤務開始時期	<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)			
	<input type="checkbox"/> ①今すぐ	<input checked="" type="checkbox"/> ②令和 5 年 7 月頃から	<input type="checkbox"/> ③未定	
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 ()		<input checked="" type="checkbox"/> ②自宅から 1 時間 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)	給与を含めその他の条件については、実際の面談で相談させていただきたいです。			

※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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	④入院受け持ち	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
	⑤救急外来	<input checked="" 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 checked="" 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