

※ このページの項目をご記入の上、FAXにてお申込みください。

※ 求人情報の追加・変更は求人票ご掲載後も受け付けます。

お申込み日： 年 月 日

施設情報	フリガナ(カタカナ)	
	医療機関名	
	所在地	〒 -

採用担当者	ご担当者名		部署・役職	
	メールアドレス			
	電話番号			

募集内容	業務内容	<input type="checkbox"/> 事務長(候補)	<input type="checkbox"/> 医師事務作業補佐(医療クラーク)	<input type="checkbox"/> 事務総合職	
		<input type="checkbox"/> 医事課員(一般・管理職候補)	<input type="checkbox"/> 経理・財務	<input type="checkbox"/> 健診総合職	
		<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 経営企画	<input type="checkbox"/> 情報システム	
		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 人事・労務	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士(PSW)	<input type="checkbox"/> 地域連携室・渉外営業			
	年収(目安)	~	万円	※備考:	
	採用時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く	<input type="checkbox"/> 3ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 1年以内

その他 問い合わせ内容		
<input type="checkbox"/> メディウェルのサービスについて知りたい	<input type="checkbox"/> 採用動向が知りたい	<input type="checkbox"/> 料金について知りたい

補足事項、ご連絡事項等御座いましたらこちらにご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

ご回答頂いたご連絡先に弊社コンサルタントより改めてご連絡させていただきます。

お申し込みにあたっては Webにて「個人情報に関する公表事項(<https://www.mediwel.net/privacy/publication/>)」

「利用規約(<https://www.mediwel.net/term/>)」をご確認ください。申込みいただきましたら、こちら同意したものとさせていただきます。

また、求人の詳細確認などでお電話をさせていただく場合もございますので、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

FAX送信先

FAX: 03-3447-6812

株式会社メディウェル行