

※ 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	募集科目	例) 消化器内科 / 整形外科 / 内科系(全身管理ができれば可・救急対応必須) など
	職務内容	例) 外来 / 内視鏡検査 / 訪問診療 / 健診 / 救急 など

	勤務日	例) 2021/8/14(金) など
	勤務頻度	例) 毎週 / 隔週(奇数週(1,3,5週)・偶数週(2,4週)) / 月1回(第2週のみ) など
	勤務時間	例) 9:00~13:00 / 8:00~17:00 / 19:00~翌日7:00 など
	給与	<input type="checkbox"/> 時給: _____ 円 <input type="checkbox"/> 日給: _____ 円 <input type="checkbox"/> その他:
	交通費	<input type="checkbox"/> 実費支給 <input type="checkbox"/> 給与に込み <input type="checkbox"/> 一律: _____ 円 <input type="checkbox"/> その他:
	補足事項	求人につきましてはの補足事項などがございましたらご記入ください。 例) 専門医必須 / 女性医師歓迎 / 車通勤可・不可 / 紙カルテ・電子カルテ など

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

弊社へのご質問・ご要望などがございましたらご記入ください。

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

FAX送信先

FAX: 03-3447-6812

株式会社メディウェル行