

※ 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			

勤務条件	業務内容	例) 対応人数: 1日100人 / 医師問診体制4名 / ワクチン接種前問診のみ / 緊急時対応あり / 接種は看護師対応 など		
	勤務日	例) 2021年3月1日 ~ 8月末日まで など		
	勤務時間	例) 9:00~13:00 / 8:00~17:00 / 13:00~17:00 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

メディウェルのサービスについて知りたい 採用動向が知りたい 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