

沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

常勤・非常勤での勤務先を探している、ベテランの技を活かしスポット勤務で働きたいとお考えの先生方、
または産業医として勤務できる事業所をお探しの皆様！沖縄県ドクターバンクに登録してみませんか？
当バンクでは多くの求人情報の中から、皆様のご希望に合う医療機関をご紹介します。

☆下記の登録票に必要事項をご記入の上、沖縄県医師会事務局 業務1課まで、FAXにてお申し込みください。

FAX 番号:098-888-0089

沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

*項目は必須

受付登録日：年 月 日 受付番号：

ふりがな			(西暦)	
*氏 名			*生年月日	年 月 日生
*住 所	〒 -			
*連 絡 先	電話（自宅または携帯）：			
	E-mail：			
*医籍登録日	年 月 日登録	保険医登録番号	医 号	
*医籍番号	第 号	*専門診療科		
資 格	専門医資格		その他の資格	
*現在の状況	①就業中 ②休職中（産休・育休・病休） ③離職中 ④その他：			
現在の勤務先				
希望 条件	就 業 形 態	①常勤 ②非常勤（頻度 回/月程度） ③その他：		
	希望診療科			
	施 設 種 別	①病院 ②診療所 ③その他：		
	希 望 地 域	第1希望： ☐ 那覇 ☐ 南部 ☐ 中部 ☐ 北部 ☐ 離島 第2希望： ☐ 那覇 ☐ 南部 ☐ 中部 ☐ 北部 ☐ 離島		
	勤務希望時期	①今すぐ ②令和 年 月頃から ③未定		
	勤 務 時 間	勤務可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日	
		勤務可能な時間帯	時 分 ～ 時 分	
	当 直 勤 務	①できる ②できない		
	希望業務内容	①病棟 ②外来 ③健診 ④パート ⑤臨時 ⑥産業医		
	給 与	常勤務の場合	月給：	以上
		非常勤の場合	日給：	以上 月給： 以上
		臨時の場合	時給：	以上
	保 育 所	①必要 ②必要なし		
再就業のための再研修	①必要 ②必要なし			
その他希望				

* 氏名、住所等の個人が特定される情報につきましては、
個人情報保護関連法令に則り開示・公表また無断流用は
一切いたしません。

《提出・問合せ》
〒901-1105 南風原町字新川218-9
沖縄県医師会事務局
業務1課 ドクターバンク担当
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089