

※以下の項目にご記入の上、FAXにてお申込みください。

注)「*」の項目は必須記入項目です。

お申込日 年 月 日

施設情報

フリガナ(カタカナで) *施設名	
*所在地	〒
*区分 ※いずれか一つをチェック	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> ケアミックス <input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> その他
*診療科目 ※募集科目ではありません。 すべての診療科目を 記入してください。	例: 一般内科、皮膚科、麻酔科など
*病床数(合計)	[] 床

募集情報

キャッチコピー (80文字以内)						
フリーPR (200文字以内)						
*募集科目・求人数	内科系	一般内科 <input type="checkbox"/> 人	消化器内科 <input type="checkbox"/> 人	循環器内科 <input type="checkbox"/> 人	呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 人	血液内科 <input type="checkbox"/> 人
		心療内科 <input type="checkbox"/> 人	神経内科 <input type="checkbox"/> 人	内分泌内科 <input type="checkbox"/> 人	老内科 <input type="checkbox"/> 人	
	外科系	一般外科 <input type="checkbox"/> 人	消化器外科 <input type="checkbox"/> 人	心臓外科 <input type="checkbox"/> 人	呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 人	脳神経外科 <input type="checkbox"/> 人
		整形外科 <input type="checkbox"/> 人	形成外科 <input type="checkbox"/> 人	リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 人		
	その他	小児科 <input type="checkbox"/> 人	産婦人科 <input type="checkbox"/> 人	婦科 <input type="checkbox"/> 人	精神科 <input type="checkbox"/> 人	眼科 <input type="checkbox"/> 人
		耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 人	皮膚科 <input type="checkbox"/> 人	泌尿器科 <input type="checkbox"/> 人	放射線科 <input type="checkbox"/> 人	人工透析 <input type="checkbox"/> 人
		麻酔科 <input type="checkbox"/> 人	美容外科 <input type="checkbox"/> 人	人間ドック・検診 <input type="checkbox"/> 人	その他 <input type="checkbox"/> 人	
	備考(200文字以内):					
	例: 膠原病内科募集					
*年収	<input type="text"/> ~ <input type="text"/> 万円 ※備考(20文字以内):					
*勤務時間	例: 月~金9:00~17:00、土曜9:00~14:00					
*休日・休暇	例: 有休休暇10日/年、年末年始4日、夏季休暇4日					

※求人原稿作成時に必要な画像や文章等につきまして、一部貴院ホームページの情報等を利用させていただきます。

採用担当者情報

*部署・役職名	フリガナ(カタカナで) *担当者名	*ご捺印
*希望ID ※英数半角3~30桁以内 ※大文字と小文字は区別されます。		
*メールアドレス ※携帯電話のメールは使用不可		
*電話番号	FAX番号	

※弊社からのご請求書送付および連絡先、医師からの問い合わせ先となります。

原稿担当者	部署名	役職名	氏名
-------	-----	-----	----

内申内容

*掲載期間 ※ご希望のコースいずれか 一つをチェック	<input type="checkbox"/> 1ヶ月(30日) <input type="checkbox"/> 3ヶ月(90日) <input type="checkbox"/> 6ヶ月(180日) <input type="checkbox"/> 1年間(365日)
----------------------------------	---

お申し込みにあたって、Webにて「m3.com CAREER 会員規約」(<http://career.m3.com/kiyaku/>)をご確認ください。
この申込書をお送りいただいた時点で、「m3.com CAREER 会員規約」に同意の上でお申し込みされたものとみなします。

FAX送信先 **FAX 03-6735-4817**

エムスリーキャリア株式会社
m3.com CAREER メディア事務局行

※原則として本サービスを利用される医療機関にてお申込みください。これと異なる場合には、事前にお問い合わせください。
ご利用いただくに当たり、社内審査のため与信に関する資料をご提出いただく場合がございます。