

※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		
*外来数	[                      ] 人 / 日・週・月	*手術件数	[                      ] 件 / 日・週・月・年

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		人	消化器内科		人	循環器内科		人	呼吸器内科		人	血液内科		人
		心療内科		人	神経内科		人	内分泌内科		人	老内科		人			
	外科系	一般外科		人	消化器外科		人	心臓外科		人	呼吸器外科		人	脳神経外科		人
		整形外科		人	形成外科		人	リハビリテーション科		人						
	その他	小児科		人	産婦人科		人	婦科		人	精神科		人	眼科		人
	耳鼻咽喉科		人	皮膚科		人	泌尿器科		人	放射線科		人	人工透析		人	
	麻酔科		人	美容外科		人	人間ドック・検診		人	その他		人				
備考(200文字以内):																
※例: 膠原病内科募集																
*募集条件	*勤務日	開始日 年 月 日 ~ 終了日 年 月 日														
	*希望曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日														
	募集①	*勤務時間	: ~ :				*勤務体系	<input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 夜診 <input type="checkbox"/> 当直 <input type="checkbox"/> 日当直 <input type="checkbox"/> その他								
		*交通費	<input type="checkbox"/> 給与込み <input type="checkbox"/> 別途支給				*給与	円 / <input type="checkbox"/> 一日 <input type="checkbox"/> 一回 <input type="checkbox"/> 一時間								
		*職務内容	(100文字以内) ※例: 外来診療(50人/日)													
	募集②	*勤務時間	: ~ :				*勤務体系	<input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 夜診 <input type="checkbox"/> 当直 <input type="checkbox"/> 日当直 <input type="checkbox"/> その他								
*交通費		<input type="checkbox"/> 給与込み <input type="checkbox"/> 別途支給				*給与	円 / <input type="checkbox"/> 一日 <input type="checkbox"/> 一回 <input type="checkbox"/> 一時間									
*職務内容		(100文字以内) ※例: 外来診療(50人/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。

※掲載開始後、管理サイト(<https://career.m3.com/admin/>)より募集③④を追加する事ができます。

採用担当者情報

*部署・役職名	フリガナ(カタカナで)	*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。	*担当者名	
*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
-------	-----	-----	----

内容申込

*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)
------------------------------	---

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。