

# 求人票

登録受付日	平成28年9月27日	登録番号	2016038	受付者	松川 博美
-------	------------	------	---------	-----	-------

※太枠内を記入してください。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消		登録申請日	平成 年 月 日			
施設名	公益社団法人地域医療振興協会 日光市民病院		形態	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> ②診療所 <input type="checkbox"/> ③その他( )			
施設所在地	〒321-1441 栃木県日光市清滝安良沢町1752-10						
電話番号	0288-50-1188		FAX番号	0288-50-1321			
ホームページアドレス	<a href="http://www.nikko-hospital.jp">http://www.nikko-hospital.jp</a>						
Eメールアドレス	<a href="mailto:nikko-shimin@jadecom.jp">nikko-shimin@jadecom.jp</a>						
病床数	全病床数	100床	平均在院日数 (H27年度)	20.5日	患者数	外来	133人
	うち療養病床数	45床			入院	37人	
職員数	常勤職員数	100名 医師数(再掲)		9名	看護師数(再掲)	42名	
標榜科	<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input checked="" type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 胃腸科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input checked="" type="checkbox"/> 小児科 <input checked="" type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 性病科 <input type="checkbox"/> こう門科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input checked="" type="checkbox"/> 眼科 <input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 気管食道科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> その他( )						
アクセス	JR日光駅または東武日光駅からバス20分						
募集勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤	1名	<input type="checkbox"/> 非常勤	(いずれかに○、勤務形態が異なる場合は、本票を別にご提出願います。)			
募集診療科	外科 (募集診療科が異なる場合は、本票を別にご提出願います。)						
雇用期間	<input checked="" type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)						
就業時間	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日			当直の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	8:30 ~ 17:15 (うち、休憩時間 60分)				約 64 時間/月		
時間外勤務	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			就業時間の特記事項			
	約 _____ 時間/月						
休暇	年次有給休暇( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 特別休暇( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) その他の休暇( 年末年始6日・夏季休暇3日 )						
育児休暇	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	短時間勤務制度	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	臨床復帰研修制度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
年収	1,040万円 ~		賞与	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ( _____ 回/年 ) (平成 _____ 年実績 _____ か月)			
昇給	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通勤手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住宅手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	( _____ 回/年 )	その他手当等 扶養手当					
社会保険等 (該当に○)	退職金( <input checked="" type="checkbox"/> 確定拠出年金 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 企業年金基金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他( <input checked="" type="checkbox"/> 労災保険 )						
保育施設	就学前まで	24時間保育	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	病児保育	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 敷地外		月・火・水・木・金・土・日・祝	保育時間	時 ~ 時		
その他福利厚生等	保育施設の利用時間については要相談						
募集PR メッセージ等							
担当	(所属)総務課			(職・氏名) 廣岡			
	(電話番号) 0288-50-1188			(電子メールアドレス)			

(注)本票を郵送、電子メール又はご来庁によりご提出ください。 勤務形態、募集診療科が異なる場合は、本票を別にご提出願います。

◆本票送付(提出)先  
とちぎ地域医療支援センター(栃木県保健福祉部医療政策課内)

◆連絡先  
住所 〒320-8501 栃木県宇都宮市埴田1-1-20(栃木県庁本館4階南側)  
電話 028-623-3145 FAX 028-623-3056  
電子メール tic@pref.tochigi.lg.jp