

麻酔科医師の募集

福井県立病院では、麻酔科の医師を募集しています。

1 募集対象

3年以上の麻酔科臨床経験のある医師

2 採用人数および採用方法

若干名

当院で面接選考を行います。(応募書類提出後、書類選考のうえ面接)

3 応募方法

応募締切 : 随時受付

応募者は、事前に下記あてに、電話にて連絡してください。

応募書類 : ①福井県立病院医師選考採用試験申込書(所定様式)

②医師免許証の写し

※ 一度病院の見学をされることをお勧めします。(見学方法については、福井県立病院ホームページ末尾の「病院見学」から入ってください。)

4 処遇

(1)雇用形態 常勤

(2)給与 県および院内規定による。(委細面談)

(3)勤務時間 週38時間45分

(4)医師公舎あり

ご不明な点、または詳細につきましては下記あてにご連絡ください。

〒910-8526

福井県福井市四ツ井2丁目8-10 福井県立病院 経営管理課 人事研修担当

Tel:0776-54-5151(代表)

福井県立病院医師選考採用試験申込書

平成 年 月 日

福井県立病院長 様

平成 30 年度福井県立病院医師選考採用試験に申込みします。

なお、私は次のいずれにも該当していません。

また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

- 1 成年被後見人および被保佐人（準禁治産者を含む）
- 2 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの者
- 3 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法またはその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、またはこれに加入した者

写真添付

- ・ 3×4 センチ
- ・ 裏に氏名記入
- ・ 3ヶ月以内に撮影のもの

平成 年 月 日現在

ふりがな	
氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日生 () 才
現住所	〒 —
電話番号 (携帯可)	() —
E-mail ※携帯不可	@
連絡先	〒 — () —

面接案内等は「連絡先」にお送りしますので、必ず連絡が付くところをご記入ください。

氏名 _____

学歴 (高等学校卒業から記入)

年月日 (和暦)	学校名・学部・学科名	卒業・卒業見込み等	備考

職歴

年月日 (和暦)	勤務先	勤務内容	備考

その他

志望の動機	
自覚している性格	
趣味	
特技・資格・免許	