

応募用紙（※着色部分に記入ください。）

	姓	名
ふりがな		
氏名		
生年月日		
住所		
電話番号		
メールアドレス		

資格免許	
------	--

○勤務先

現在の勤務先	
--------	--

○診療科

現在の診療科	
--------	--

○勤務可能施設

施設名	県央	県南第1	県南第2	安足第1	安足第2
可能な場合○					

○勤務可能日について

1週間当たりの勤務可能日数	
---------------	--

※勤務可能な曜日及び時間に○をつけてください。

	日	月	火	水	木	金	土
8：00～17：00							
16：30～8：30							

※勤務可能日について補足があれば記入ください。

○新型コロナウイルスワクチンを接種済みか

○新型コロナウイルスに関する診療業務等を行った経験があるか

※資格免許の写しを添付の上、下記アドレスでお申込みください。

mail : chiikiiry01@pref.tochigi.lg.jp