

医師・コメディカル紹介申込書

本紙および別紙の「利用規約」を了承し、以下の条件にて人材の紹介を申込みます。

申 込 日	年 月 日			
申 込 者 <small>※申込者が病医院の場合は開設者様を、法人の場合は代表者様をご記入下さい。</small>	フリガナ 病 院 名 又 は 法 人 名			
	フリガナ 所 在 地	〒		
		TEL: ()	FAX: ()	
	フリガナ 開 設 者 名 又 は 代 表 者 名			
	責 任 者	フリガナ		
		役職(所属)	氏名	
		E-mail:	@	
		TEL: ()	FAX: ()	
	担 当 者	フリガナ		
		役職(所属)	氏名	
E-mail:		@		
	TEL: ()	FAX: ()		
請 求 先 <small>(連 帯 保 証 人)</small> <small>※申込者が病医院の場合は開設者様を、法人の場合は代表者様をご記入下さい。</small> <small>※請求先と申込者が異なる場合にはご記入下さい。</small>	フリガナ 病 院 名 又 は 法 人 名			
	フリガナ 所 在 地	〒		
		TEL: ()	FAX: ()	
	担 当 者	フリガナ		
		役職(所属)	氏名	
	E-mail:	@		
	フリガナ 開 設 者 名 又 は 代 表 者 名			
院 長 名			院 長 E-mail	
出 身 大 学	大学	年 卒	専 門 科	
病 床 数	床		従 業 員 数	
診 療 科 目				
給 与 支 払	毎月 () 日・月末) 締 (当月・翌月) () 日払			
	銀行振込口座名義 ()			

●医師紹介手数料

勤務体系	料 金
常 勤	給与または報酬の20~30%
非常勤1(定期)	給与または報酬の10%
非常勤2(単発)	健診業務 給与または報酬の10%
	上記以外 給与または報酬の20%
開 業・継 承	300万円(一律)

●コメディカル紹介手数料

勤務体系	料 金
常 勤	給与または報酬の20%~30%
非常勤1(定期)	給与または報酬の20%
非常勤2(単発)	給与または報酬の20%