

## ●ご登録の際にご持参頂きたいもの●

- ① ・医師免許証の原本・コピーを一部お預かりします
- ② ・保険医登録票のコピー
- ③ ・身分証明書のコピー(顔写真付・病院の職員証でも構いません)
- ④ ・お振込み用銀行口座番号のわかるもの(本人名義)
- ⑤ ・印鑑(登録書類ご捺印用)

※弊社への登録にあたり、同封致しましたエントリーシートへのご記入と上記をご持参頂き、登録完了となります。

エントリーシートは、もしお時間がないようでしたら、登録の際に持参いたしますので、その場でのご記入でも構いません。

お忙しいところお時間を割いて頂き、大変恐縮ではございますが、何卒宜しくお願い致します。

株式会社メディカルワールド

〒105-0021

東京都港区東新橋 2-9-5 パラッツォマレーア 6F

TEL:03-5404-4830

FAX:03-5401-4757

医師 エントリーシート

No. D -

ご記入日: 年 月 日

フリガナ 性別 生年月日  
氏名 男・女 (西 曆) 年 月 日

〒 都・県 区・市・町・郡

※マンション・アパート名も記入

最寄駅 線 駅より 徒歩・バス・自転車・自家用車 分  
線 駅より 徒歩・バス・自転車・自家用車 分  
バス利 最寄のバス停名 駅名 運賃 円  
用の方 バス会社 最寄のバス停名 駅名 運賃 円

自宅TEL FAX

携帯TEL 携帯種類: ガラ携・スマホ

携帯アドレス

PCアドレス

白衣: 有・無 色 サイズ ご家族: 未婚・既婚 扶養家族 人 お子様 人

当社をお知りになった経緯: eメディカルワールド・ホームページ・医局・ご紹介( )様

他の派遣会社への登録 有 無 (社名 )

学歴について	学校名	専攻	入学年月	卒業年月
高校	高校		年 月	年 月
大学	大学		年 月	年 月
大学	大学		年 月	年 月
大学院	大学院		年 月	年 月
医師免許取得	年 月	医籍番号: 第		号

★留学経験について

留学先 ( 年 月～ 年 月 )  
留学先 ( 年 月～ 年 月 )

★職歴について

勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )  
勤務先名 ( 年 月～ 年 月 )

★担当希望科目(複数可)

内科系( ) 外科系( )  
小児科 産婦人科 精神科 皮膚科 眼科 耳鼻科 その他( )

★希望勤務先

病院 クリニック 福祉施設 健診 企業健康管理室 産業医 透析 訪問 電話相談 治験  
イベント待機 その他( )

★希望就業先

常勤 非常勤 単発(当直・出張・扶養内) 勤務不可能日:日・月・火・水・木・金・土・祝 他特定日

医師 業務経験シート

健診経験について

項目	経験業務に☑	詳細内容
問診聴打診	<input type="checkbox"/>	企業・小中高・専門短大大学・住民・高齢者
特殊健診	<input type="checkbox"/>	有機溶剤・じん肺・石綿・電離放射線・VDT・
子宮がん検診	<input type="checkbox"/>	頸がん・体がん・細胞診・内診・経膈エコー
乳がん検診	<input type="checkbox"/>	乳房視触診・乳房エコー
運動機能健診	<input type="checkbox"/>	
眼科検診	<input type="checkbox"/>	
耳鼻科検診	<input type="checkbox"/>	
頰肩腕	<input type="checkbox"/>	
読影	<input type="checkbox"/>	心電図・胸部・胃部・エコー・マンモ・CT・MRI
結果説明	<input type="checkbox"/>	
直腸診	<input type="checkbox"/>	
出張健診	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

その他

項目	経験業務に☑	詳細内容
上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	
下部内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	
透析管理	<input type="checkbox"/>	
日当直	<input type="checkbox"/>	1次救急・2次救急
介護施設	<input type="checkbox"/>	
在宅・訪問	<input type="checkbox"/>	
電話相談	<input type="checkbox"/>	
産業医	<input type="checkbox"/>	
イベント救護	<input type="checkbox"/>	
臨床試験	<input type="checkbox"/>	
英会話	<input type="checkbox"/>	日常会話・英検 級・TOEIC 点・その他
その他の外国語	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

認定など、他の所有資格

--	--

医師賠償保険 加入 有 ・ 無

## 個人情報の取り扱いに関する同意書

個人情報保護管理者

株式会社メディカルワールド

株式会社メディカルワールド（以下「当社」という）は登録スタッフの個人情報の取り扱いについては個人情報保護法に基づき適正な管理に努めてまいります。ここでいう個人情報とは当社に提供する個人（以下「本人」という）に関する情報で、氏名、住所、電話番号、メールアドレス、その他の記述の組み合わせにより本人を特定できる情報をいいます。

### 個人情報の収集・利用目的

皆様からお預かりした個人情報は以下の目的にのみ利用いたします。

- ・株式会社メディカルワールドの本件業務における収集および提供
- ・法令その他の規範に基づく届出・報告
- ・前各号を遂行する上で必要な範囲における第三者への提供

※お預かりした個人情報のうち、『居住地が特定できる範囲の住所』、『電話番号』、『メールアドレス』、『学歴における学校名』、『職歴における勤務先名』について、本人の同意を得ずに第三者に提供することはいたしません。

### 個人情報の利用・提供について

当社は収集・利用目的の範囲内で個人情報を委託する場合があります。

また、以下の場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供することはいたしません。

- ・人の生命、身体または財産の保護の為に必要がある場合であって、本人の同意を得る事が困難であるとき。
- ・公衆衛生の向上または児童の健全な育成の推進の為に特に必要のある場合であって、本人の同意を得る事が困難であるとき。
- ・国の機関もしくは地方公共団体またはその委託を受けたものが法令の定める業務を遂行することに対して協力をする必要があつて、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。
- ・法令に基づく場合
- ・合併その他の事由による事業の継承に伴って個人情報の提供が必要な場合

### 個人情報に関する苦情・相談及び開示等の請求について

お預かりした個人情報に関する苦情・相談につきましては速やかに対応させていただきます。

苦情・相談、またはその他のお問い合わせにつきましては以下の個人情報相談窓口までご連絡ください。

お預かりした個人情報につきまして利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用停止、消去または提供の停止をご希望の場合は、ご本人であることを確認した上で速やかに対応いたします。

以下の個人情報相談窓口までご連絡ください。

株式会社メディカルワールド 個人情報に関するお問い合わせ窓口

TEL : 03-5404-4830 MAIL : [mw3@medicalworld.co.jp](mailto:mw3@medicalworld.co.jp) 担当 : 高橋 裕治

以下の個人情報の取り扱いに同意いたします。

平成 年 月 日 お名前 印

# 給与振込口座届出用紙

登録日：(西暦)

年 月 日

ふりがな	性別	※会社使用欄			
氏名	男・女	職種記号	—	スタッフコード(4桁)	
			—		
給与明細送付住所(アパート・マンション名も明記)		生年月日(西暦)			
〒	—			年	
			月		日生

金融機関コード(4桁)		支店コード(3桁)		口座番号(7桁以内)			
りそな	銀行 ( )	支店 ( )	普通預金				
三菱UFJ	銀行 ( )	支店 ( )	普通預金				
みずほ	銀行 ( )	支店 ( )	普通預金				
	銀行 ( )	支店 ( )	普通預金				

口座名義(カタカナ)
------------

◇注意事項◇

口座名義や銀行名、支店名は正確にご記入ください。

不備がありますと、給与のお振込ができないだけでなく、組戻・再振込にかかる手数料をご負担いただく場合もございますのでご注意ください。

また、給与振込はご本人名義の普通預金口座のみとさせていただきます。

ご家族(配偶者を含む)名義の口座や当座預金口座等への給与振込は取り扱っておりません。

なお、振込口座変更や名義変更の際は速やかにお申し出ください。

※JAバンクは地域によって金融機関コードが異なります。

「JAバンク」とご記入いただくだけではお振込みができませんので、金融機関コードを必ずご記入ください。

※会社使用欄	
登録受付	経理