

メディカルリンケージ登録申込書



FAX 072-648-7571

医院登録情報（※は必須）

※医院名			
※代表者			
※診療科目			
※所在地	〒 ー		
※メールアドレス			
※パスワード	【半角英数字6文字以上】		
開業年月	年 月	従業員数	人 <input type="checkbox"/> パートアルバイト含む
ホームページ			
担当者			
電話番号		FAX番号	

求人情報の登録（※は必須）

※求人情報の タイトル			
キャッチコピー (求人説明)			
※募集職種		※雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
※勤務地	〒 ー <input type="checkbox"/> 所在地と同じ		
応募資格		最寄駅	
勤務時間帯・日数			
休日・休暇			
給与			
福利厚生・待遇・ 設備・その他備考			

※写真やロゴはFAXでのお申込みの場合掲載できません。お申し込み完了後編集して頂くようお願い致します。
※メールアドレス・パスワードはお忘れにならないよう控えておいて下さい。

上記登録内容で申込致します。

ご住所

医院名
代表者