

求人アンケート

NO - -

記入日: 令和 年 月 日

医療機関名	(公開 可・不可)	代表者名
住所 〒 -		
TEL - -		FAX - -
求人担当者名		直通

e-mail

【契約形態】	派遣 紹介予定派遣 有料紹介	【診療科目】																									
【雇用期間の定め】	無・有(期間:)	【給与】	月給 円～ 円 時給 円～ 円																								
【業務内容】	i. 医療事務 [受付・会計・レセプトコンピュータ 入力・レセプト点検・電子カルテ・その他()] ii. その他()	【業務形態】	<table><tr><td>外来患者</td><td>通常</td><td>現在</td><td>希望人数</td></tr><tr><td>受付</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td></tr><tr><td>会計入力</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td></tr></table>	外来患者	通常	現在	希望人数	受付	名	名	名	会計入力	名	名	名												
外来患者	通常	現在	希望人数																								
受付	名	名	名																								
会計入力	名	名	名																								
【勤務形態】	希望人員 常勤 人 パート 人(午前・午後)	入院患者	一般(床)・療養(床)																								
【勤務開始日】	年 月 日	【診療時間】	(午前診) 時 分～ 時 分 (午後診) 時 分～ 時 分 (その他曜日) 時 分～ 時 分																								
【勤務時間】	時 分～ 時 分 時 分～ 時 分	【レセ時期の残業】	(有 時間/月初・無)																								
希望出勤日	<table><tr><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th><th>出勤回数</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>～ 回</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>～ 回</td></tr></table>	月	火	水	木	金	土	日	出勤回数								～ 回								～ 回	【レセプト枚数】	外来(月 枚)・入院(月 枚)
月	火	水	木	金	土	日	出勤回数																				
							～ 回																				
							～ 回																				
※ 希望出勤日○印、必須出勤日は◎印、 出勤不要日は×印でお願い致します。		【医事システム】																									
【休日】	シフト制 週 休	【オーダリング】	(有・無)																								
【休憩時間】	分 一旦帰宅・休憩室有	【電子カルテシステム名】	()																								
【交通手段】	車通勤可・交通機関(電車、バス、その他)	【勤務時間数/週】	時間																								
【最寄駅】	線 駅 / 徒歩 分	【残業時間】	有 月平均 時間 / 無																								
【加入保険等】	医師国保・健康・厚生・雇用・労災・財形 その他()	【変形労働時間制】	有・無																								
		【交替制】	有・無																								

人材条件

【医療機関実務経験】	無・有・どちらでも可 (ありの場合) 希望経験年数 年以上 経験希望診療科 科
【必要経験】	i. 医療事務[受付・会計・レセプトコンピュータ入力・レセプト点検・電子カルテ・その他()] ii. その他()
【人材に求める最低限の能力】	
【その他希望人材など特記事項があればご記入して下さい】	
	【求人受付期限】 年 月 日
	【依頼理由】

ご連絡していただければ担当者が受け取りに参りますので、お気軽にお申し付け下さい。 返信はFAXにてお願いします。 FAX 079-284-8348

※ 有料紹介説明済 ※ 資料送付済 (株)神戸医療事務センター