

# ～すでに始まっている医師不足時代の終焉～

あなたにとっての、適正な“ポジション”“収入”“市場評価”を  
エントリーから、3日以内に正確に且つ、丁寧にお伝えします

《個人情報厳守》

## ＜人生 90 年時代に考える、医師として有効な時間の使い方＞

医師不足が声高に叫ばれています。しかし、真実はどうなのでしょう？

厚生労働省の医師需給分科会では、適正な配置によって医師の地域毎の偏在解消に向けて様々な取り組みを行っているようです。医学部は増加し、地元枠が増え、次第に日本全体で医師不足が解消されることも間違いないはずです。そうすると、どのようなことが起こるのでしょうか？

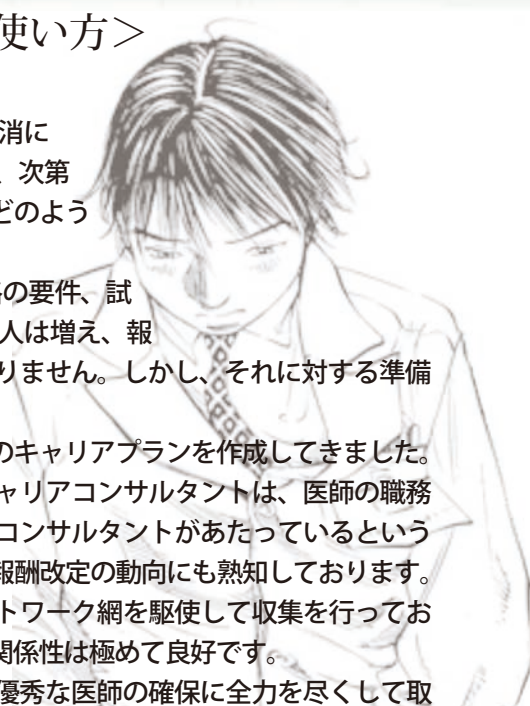
同様なことが他の資格にもありました。弁護士、公認会計士などです。資格の要件、試験難度を段階的に緩和したお陰で、人員は大幅に増加した半面、職に就けない人は増え、報酬は大きく下降しました。将来、医師にも同様の事が起きるのか？それはわかりません。しかし、それに対する準備をする時間はまだあります。

私共では、これまで多くの医師の方と話し合い、9年間、約480名以上の方のキャリアプランを作成してきました。私共が、ここまで実績を積むことができたのには理由がございます。担当のキャリアコンサルタントは、医師の職務や給料だけではなく、病院やクリニックの経営に習熟した、認定登録医業経営コンサルタントがあたっているということがあります。厚生労働省の今後の方針、中医協のデータにも目を通し、診療報酬改定の動向にも熟知しております。

医療機関の経営状態なども、独自のネットワーク網を駆使して収集を行っており、健全経営の医療機関800法人との関係性は極めて良好です。

そして、多くの優れた医療機関では、優秀な医師の確保に全力を尽くして取り組んでいます。私共は、その外部人事組織として優秀な先生との出会いを渴望しております。これまで、お会いした医師の先生方は一様に言われました。「人材エージェントを使うのは初めてだったけど、結果的に良かった。」私共は、先生の希望に沿うことはもちろんですが、先生のバックグラウンドと、医療機関の真の目的に合致しない限り紹介は行いません。

私共の使命は、先生方のキャリアがアップし、医療機関の悩みが解消される。そして、最後に、両方の方が私共に頼んで良かったと言ってもらえることです。もし、将来、ご自身の可能性を多面的に検討してみたいという方は是非、一度、弊社担当コンサルタントへ一声おかけください。費用等は一切かかりません。登録の方法は大変簡単です。以下がその流れです。



## FAX、電話、メール、ホームページ上からの登録が可能です

### 登録フォームに記入する（FAX、電話、メール、ホームページ上）

STEP 1

- ・FAX (03-6903-6821) へ送付する。
- ・電話フリーダイヤル 0120-919-776 へ電話する。
- ・メールアドレス (info@careermedical.com) に、「登録希望」とメールする。
- ・ホームページ <http://careermedical.com> にアクセスして登録フォームを送信する。

\*スマホから申込\*



STEP 2

### 担当者より、確認のメール又は電話にて返信が入ります。

- ・キャリアの内容について質問、不明点の確認があります。

STEP 3

### 先生のキャリアや希望に合った、職務や、提案がございます。

- ・郵送させていただきます。

STEP 4

### その後、希望するものがございましたら、見学や、紹介の手続きがございます。但しあくまで、希望先があった場合のみです。

\*弊社では先生の時間節約の為、ご希望が無い限り、お会いしての面談等は行っておりません。

ご質問・お問い合わせはこちら



フリーダイヤル

0120-919-776 (月～金、9～18時)

# <FAX 登録シート>



ご返信先 FAX 番号（24時間365日自動受付）

**FAX 03-6903-6821**

転職、開業、キャリアプランなどに関する  
ご質問・ご相談がございましたら、  
下記にご記入の上、上記宛に FAX 頂ければ幸いです。  
弊社より専任コンサルタントがご連絡申し上げます。  
個人の情報は厳守させていただきます。

|                                                                                                  |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| お名前（必須）フリガナ                                                                                      |                                                                   | <div>*スマホからお申込*</div>  |                                                             |
| 勤務先（必須）フリガナ                                                                                      |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| 専門・お役職（必須）                                                                                       |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| 送付先住所（必須）〒                                                                                       |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 勤務先                                      |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| メールアドレス（必須）                                                                                      |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| @                                                                                                |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| 電話番号                                                                                             | 電話                                                                | —                                                                                                         | —                                                           |
| 携帯番号                                                                                             | 携帯                                                                | —                                                                                                         | —                                                           |
| (いずれか必須)                                                                                         |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| FAX 番号                                                                                           |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> E メール <input type="checkbox"/> その他 |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| 相談内容（チェックの上、内容をご記入ください）                                                                          |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| <input type="checkbox"/> 転職することを検討したい (内容)                                                       |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| <input type="checkbox"/> 開業することを検討したい                                                            |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| <input type="checkbox"/> 将来のキャリアプランを考えたい                                                         |                                                                   |                                                                                                           |                                                             |
| 主な経験・実績<br>専門医・指定医                                                                               | 出身大学：—                                                            |                                                                                                           | 卒年 —                                                        |
|                                                                                                  | 診療科目：—                                                            |                                                                                                           | 科 —                                                         |
|                                                                                                  | 希望業務： <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 病棟     |                                                                                                           |                                                             |
|                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 専門医 <input type="checkbox"/> 指定医         |                                                                                                           | 手技等：—                                                       |
|                                                                                                  | カルテ： <input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 紙カルテ |                                                                                                           | 当直： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し |
| 希望勤務日数：週 1・2・3・4・5 日                                                                             |                                                                   | 希望報酬：— 万円～                                                                                                |                                                             |

## <FAX 以外のお申込は下記より>



お電話からのお申し込み（月～金、9時～18時）

フリーダイヤル **0120-919-776**



Eメールからのお申し込み

**info@careerdemedical.com**



ホームページからのお申し込み

**http://careerdemedical.com**



登録を頂きました方には、弊社からご連絡申し上げます。  
その際は経験豊富な弊社専任キャリアコンサルタントが  
ご相談を承ります。

運営会社：スイッチボード株式会社（本社：東京都豊島区北大塚 2-19-2）

設立：平成 21 年 資本金：10,000,000 円

概要：医師の転職・開業に関わるキャリアプラン形成コンサルテーションを  
事業の中核とする全国 800 以上の医療機関とのネットワーク

厚生労働大臣許可：13-ユ-303959（職業紹介）

公益社団）日本医業経営コンサルタント協会会員

\*ご記入頂きました個人情報はスイッチボード株式会社（医業経営データバンク）内でのみ使用します。  
\*また社内での各種サービスのご案内・ご提供のためにのみ利用し厳重に保管・管理及び廃棄いたします。