|  |  |
| --- | --- |
| 受 付 番 号 |  |
| 受付年月日 | 　　年　　月　　日 |

医 師 等 登 録 票（医 師 用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 性別 |  | 生年月日 | ＳＨ　年　月　日 |
| 専門診療科 |  |
| 現　住　所 | 〒　　　　－ |
| 連　絡　先 | 自 宅 電 話　　　 －　　　　－　　　　　 |
| 携帯電話　　　　　－　　　　－　　　　　 |
| Ｆ Ａ Ｘ　　　　－　　　　－　　　　　 |
| 電子メール |
| 医籍登録番号 | 　　　　　　　　　　　（医籍登録年月日　　　年　　月　　日） |
| 勤 務 先 等 | 名称 |
| 住所 |
| 登録希望条件 | １　医師登録のみ　２　県内の医療情報希望　３　就職希望 |
| 就職希望条件 | 勤務形態 | １　常勤　　　　　２　非常勤務（勤務頻度　　回／月・週程度）３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤 務 等希望時期 | １　今すぐにでも　　　２（　　）年（　　）月頃から３　未定　　　　　　　４　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 勤務希望地 | 第１希望（　　　）第２希望（　　　）第３希望（　　　） |
| １ 宇摩圏域　２ 新居浜・西条圏域　３ 今治圏域　４ 松山圏域５ 八幡浜・大洲圏域　６ 宇和島圏域　７　県内どの圏域でも可８ 未定　９ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務希望先 | 第１希望（　　　）第２希望（　　　） |
| １ 市町立病院　２ 市町立診療所　３ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望診療科 |  |
| その他要望ご意見等 |  |
| 備　　　　考 |  |

１　太線を囲んだ項目を御記入（選択項目があるものについては、該当項目に○を付

　けてください。）ください。

２　本票に御記入頂いた個人情報については、本バンク事業の目的にのみ使用します。