譲渡希望医用 ①基本情報　　（様式１）

基本情報 登録票

受付日	年　月　日	受付番号	J-	受付者	

※太枠内をご記入ください（□は該当に✓してください）。

（必須） 氏名	ふりがな			
	（姓）	（名）		
（必須） 性別	□男　□女			
（必須） 生年月日	（西暦）　年　月　日			
電話番号	－　－			
携帯番号	－　－			
（必須） メールアドレス	@			
（必須） 医籍登録	（西暦）　年　月　日	（必須） 登録番号	号	

（注）本票にご記入いただいた個人情報は、個人情報保護関係法令に基づき厳正に取り扱うとともに、医業承継以外で使用することはありません。