

## 登録票

受付日	年 月 日	受付番号	S-	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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(必須) 生年月日	(西暦) 年 月 日		
勤務先名					
勤務先所在地	〒 -				
(必須) 電話番号	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯番号	- -			
(必須) メールアドレス	@				
出身大学・職歴	(出身大学)				
	(職歴)				
(必須) 医籍登録	(西暦) 年 月 日	(必須) 登録番号	号		
(必須) 希望診療科 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 循環器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 気管食道外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 病理診断科 <input type="checkbox"/> 臨床検査科 <input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> 臨床研修医 <input type="checkbox"/> 全科 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )				
(必須) 希望地域	<input type="checkbox"/> 村山地域 <input type="checkbox"/> 最上地域 <input type="checkbox"/> 置賜地域 <input type="checkbox"/> 庄内地域 <input type="checkbox"/> 山形県内 <input type="checkbox"/> 市町村( )				
(必須) 希望承継時期	<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1~3年程度 <input type="checkbox"/> 3年以上先 <input type="checkbox"/> いつでも可				
その他希望					

(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