

熟練ドクターバンク登録票（医師調書）

※記入不可

登録年月日	※西暦 年 月 日				登録番号	※ 第 号	
(ふりがな) 氏 名	() 性別 男女			生年月日	西暦 年 月 日	(生歳)	
住 所	〒						
連絡先	自 宅	TEL fax			勤務先	TEL	
				fax			
	携帯 TEL						
E-mail							
医学歴	大学名				卒業年次	西暦 年卒	
	国家試験		西暦 年合格		医籍登録	第 号 (免許証写し添付)	
	保険医登録		西暦 年登録		保険医登録番号	第 号	
医師職歴 現在(最終) 職歴から記入してください	年	月					
専門科目	内科 外科 眼科	循環器科 整形外科 産婦人科	消化器科 脳神経外科 人工透析	呼吸器科 泌尿器科 総合診療科	神經内科 耳鼻咽喉科 総合診療科	小児科 皮膚科 歯科	精神科 麻酔科 (その他)
専門医資格等							
希望内容	診療科目						
	勤務開始時期	西暦 年 月 日から					
	勤務時期	通年 年末年始 ゴールデンウイーク お盆(夏休み) その他()					
	勤務圏域	全道一円 道南圏 道央圏 道北圏 十勝圏 オホーツク圏 釧路・根室圏					
	勤務日	随时 平日 土曜日 日曜日 (回／月あたり) (日間／1回あたり)					
	勤務形態	日勤 日直 宿直					
	給与 (税込)	日勤 万円 日直 万円 宿直 万円					
特記事項	・短期診療支援事業希望						

1 必要事項を記載のほか該当項目を○印で囲んでください。

2 「特記事項」欄には勤務に当たっての優先事項等があれば記入してください。