

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 男 別 女			生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)		
住 所	〒						
連 絡 先	自 宅	TEL			勤務先	TEL	
		fax				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	年	月					
現在(最終) 職歴から記 入してくだ さい							
専門科目	内科	循環器科	消化器科	呼吸器科	神経内科	小児科	精神科
	外科	整形外科	脳神経外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	皮膚科	麻酔科
	眼科	産婦人科	人工透析	総合診療科	歯科	(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 ゴールデンウィーク 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	随時 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。