

医業承継バンク登録票

登録受付日	年 月 日	受付番号		受付者	
-------	-------	------	--	-----	--

※ 太枠内を記入して下さい(口には✓して下さい。)

		登録申請日	年 月 日	
ふりがな氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
住所	〒 -			
電話番号・FAX番号	- - -			
電子メールアドレス				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
職歴				
医籍登録の年月日・番号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 登録番号 (号)	専門診療科		
希望条件	希望診療科			
	希望地域	<input type="checkbox"/> 県北医療圏 <input type="checkbox"/> 県中医療圏 <input type="checkbox"/> 県南医療圏 <input type="checkbox"/> 会津医療圏 <input type="checkbox"/> 南会津医療圏 <input type="checkbox"/> 相双医療圏 <input type="checkbox"/> いわき医療圏 <input type="checkbox"/> 市町村名 () <input type="checkbox"/> 県内のどこでも		
	承継希望時期	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃から <input type="checkbox"/> 未定		
	自宅	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	保育所	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	その他の希望			

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、御来館により御送付下さい。本票に御記入いただいた個人情報、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、「医業承継バンク」の業務以外で使用することはありません。

◆ 本票送付(登録)先 「医業承継バンク」事務局 (一般社団法人 福島県医師会)
◆ 連絡先 住 所 〒960-8575 福島県福島市新町4番22号 (一般社団法人 福島県医師会館内)
電 話 024-522-5191 FAX 024-521-3156
電子メール syoukei@fukushima.med.or.jp