

ベテランドクターバンク登録票

受付登録日	H 年 月 日	受付番号		取扱者
-------	---------	------	--	-----

太枠内を記入して下さい。(が付いている項目は HP 上に公開されます。ご了承ください。)

ふりがな 氏名		生年 月日	T・S	年 月 日	性別	男・女
住所	〒 -					
連絡先	TEL () - FAX () - E-mailアドレス @					
主な職歴 現在職歴から 記入	期 間			事項(勤務先等)		
	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月			
医籍登録の 年月日・番号	年 月 日登録	保険医登録番号		第 号		
	登録番号()		専門診療科			
資格	(専門医資格)		(その他の資格)			
希望条件	希望診療科					
	施設種別	病院 診療所 その他()				
	希望地域	第1希望() 第2希望()				
		東部 西部	東部 西部	南部 どこでも	南部	
	勤務希望時期	今すぐにも		平成 年 月頃から	未定	
	勤務時期	通年	年末年始	GW	お盆	その他
	勤務日	随時	平日	土曜日	日曜日	祝祭日
	勤務回数	1か月につき 1回につき		回 日		
	勤務形態	日勤	日直	宿直	その他()	
	希望報酬	日勤 日直 宿直	円以上 円以上 円以上		その他	円以上
その他の希望						
メールマガジン配信希望	はい		いいえ			

「希望地域」の ~ は、徳島県における2次保健医療圏の区域です。
 (東部) 徳島市・鳴門市・名東郡・名西郡・板野郡、(東部) 吉野川市・阿波市、
 (南部) 小松島市、阿南市、勝浦郡、那賀郡、(南部) 海部郡
 (西部) 美馬市、美馬郡、(西部) 三好市、三好郡

太字は必須記載項目です。