

# 佐世保市ドクターバンク登録票

令和 年 月 日

非公開	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	満年齢	
	氏名				<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成		※公開	
非公開	現住所	〒 —								
非公開	電話番号等 連絡先	自宅電話番号	( ) —	携帯電話	( ) —					
		FAX	( ) —	E-mail						
		連絡可能な時間帯	時 分 ~	時 分						
非公開	医籍登録 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	医籍登録番号		号				
※公開	診療科									
非公開	学 歴	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	大学医学部入学						
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	卒業または在学中						
非公開	勤務歴 <small>*直近3か所までの勤務先を新しい順にご記入ください</small>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ~	現在						
		勤務先名								
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日					
		勤務先名								
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日					
※公開	保有資格	* 専門医・認定医等をご記入ください。								
※公開	ご希望の勤務形態									
	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> どちらでも良い							

公開情報 → 登録医療機関へ情報提供します。

非公開情報 → 佐世保市医師会内で厳重に管理し、登録者の承諾無しに外部へは提供しません。

ご登録は「佐世保市ドクターバンク登録票」に必要事項を記入し、下記宛てに郵送いただきますようお願いいたします。

【送付先】 佐世保市医師会 医師確保支援事業事務局  
 〒857-0801 長崎県佐世保市祇園町257番地  
 TEL:0956-22-5900 FAX:0956-22-5952  
 E-mail:ishikakuho@sasebo-ishikai.com