

会員登録票(譲受をお考えの方)

受付番号 : K -

受付年月日 令和 年 月 日

※ 太内の項目に記入してください。□は該当するものにチェック(□)して下さい。

申請月日: 令和 年 月 日

基 本 情 報	氏名	ふりがな (姓) _____ (名) _____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)					
	勤務先名	現在休業中の方は、以前の勤務医療機関をご記入ください。 病院 診療所					
	電話番号	ご都合のよい連絡方法を選んで、番号を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯					
	メールアドレス	@					
勤務先等情報	勤務先所在地	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都・道・府・県					
	出身大学	大学 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 卒 大学院					
	医籍登録	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年 月	登録番号	号
	開業理由	<input type="checkbox"/> 新規開業 <input type="checkbox"/> 承継開業 <input type="checkbox"/> 移転開業 <input type="checkbox"/> 事業拡大					
譲受条件	希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科		
		<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科		
		<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科		
		<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 科	<input type="checkbox"/> 科		
希望地域	<input type="checkbox"/> 大館鹿角	<input type="checkbox"/> 北秋田	<input type="checkbox"/> 能代山本	<input type="checkbox"/> 男鹿潟上南秋	<input type="checkbox"/> 秋田市		
	<input type="checkbox"/> 由利本荘にかほ	<input type="checkbox"/> 大仙仙北	<input type="checkbox"/> 横手	<input type="checkbox"/> 湯沢雄勝	<input type="checkbox"/> 秋田県内		
	ご希望の鉄道沿線、駅 沿線名			駅名			
	()	()	線	()	駅		
運営形態	<input type="checkbox"/> 医療法人	<input type="checkbox"/> 個人医院	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 未定			
開業時期	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 1年以内	<input type="checkbox"/> 3年以内	<input type="checkbox"/> 案件次第			
デュアルライフの希望 (※)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
特記事項	(通勤方法、住居、ご家族、デュアルライフ希望の場合の勤務日等)						

(注)本票にご記入いただいた個人情報は、個人情報保護方針に基づき厳正に取り扱うとともに、医業承継以外で使用することはありません。

(※) 「デュアルライフ」とは、首都圏に家族や住居などの拠点を構えつつ、平日は地方の開業医として診療する働き方。