

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	〒 _____ - _____ 都・道・府・県		
	出身大学	大学 _____ 年 卒 大学院 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	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
譲 受 条 件	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		
	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		
		_____ (_____) _____ (_____) 線 (_____) 駅	<small>ご希望の鉄道沿線、駅 沿線名</small> _____ <small>駅名</small> _____ <small>関心のある市町村名、地域</small> _____	
	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ヵ月以内 <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。