

ドクターショートサポートバンク 登 録 票 (支 援 医 師 用)

受付日	令和 年 月 日							
登録番号	SD-							
ふりがな		男・女						
氏 名		印	生年月日	大昭平	年 月 日生		受 付 印	
					(満 歳)			
ふりがな						TEL() -		
現住所	〒					FAX() -		
						E-Mail:		
ふりがな						TEL() -		
勤務先	〒					FAX() -		
	医療機関名					E-Mail:		
マッチング の連絡方法	(現住所 ・ 勤務先) の (TEL ・ FAX ・ E-Mail ・ その他)							

年	月	学 歴 ・ 職 歴 (各別にまとめて記入)

(師1号)

※太線の枠内について、必要事項を記入および該当項目に○印を付けてください。

受付日	令和 年 月 日	登録番号	SD-	氏名	
支 援 登録内容	支 援 可 能 期 間	令和 年 月 から 令和 年 月まで			
	支 援 可 能 地 域	1. 上 越 2. 中 越 3. 下 越 4. 佐 渡 具体的な市町村名：			
	希 望 医 療 機 関	1. 無床診療所 2. 有床診療所 3. 病 院 4. その他：			
	支 援 可 能 診 療 科 名				
	支 援 可 能 時 期	1. 随 時 2. ゴールデンウィーク 3. 夏期休暇（ 月 日から 月 日） 4. 年末年始（ 月 日から 月 日） 5. その他： 随時の場合、曜日と午前・午後の別：			
	希 望 報 酬 額	1. 日 勤 円（税込） 2. その他：			
	支 援 可 能 な 勤 務 内 容	1. 外来 2. 入院 3. 検査 4. 日直 5. 当直 その他希望等：			
資 格 免 許	医 籍 登 録 番 号	第 号			
	医 籍 登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	保 険 医 登 録 番 号	医 号			
	取得している認定医・専門医等				

バンク 使用欄	
------------	--

(師2号)

※添付書類：医師免許証（写）

※太線の枠内について、必要事項を記入および該当項目に○印を付けてください。