へき地医療従事希望者登録票（本人記入）

提出年月日：　　※整理番号

氏　名		性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
職　種	1）医師　2）歯科医師　3）看護師　4）その他（				
医師の場合	医籍登録番号			医籍登録年月日	
	従事している診療科	01 内科　02 心療内科　03 呼吸器科　04 消化器科(胃腸科) 05 循環器科　06 アレルギー科　07 リウマチ科　08 小児科 09 精神科　10 神経科　11 神経内科 12 外科　13 整形外科　14 形成外科　15 美容内科 16 脳神経外科　17 呼吸器外科　18 心臓血管外科　19 小児外科 20 産婦人科　21 産科　22 婦人科　23 眼科 24 耳鼻咽喉科　25 気管食道科　26 皮膚科　27 泌尿器科 28 性病科　29 肛門科 30 リハビリテーション科　31 放射線科　32 麻酔科　33 全科 34 その他（				
現　住　所	郵便番号				
連　絡　先	電　話				
	電子メール				
現在勤務先	名　称				
	所 在 地	〒			
就業希望条件	勤務形態等	01 常勤で　02 非常勤で(　　回/月、週) 03 その他(			
	就業時期	01 すぐにでも　02　　年　　月頃から 03 その他(			
	勤 務 地	01 郡部の病院　02 郡部の診療所 03 開業　04 その他(			
	希望診療科				
	その他要望意見等				
備　考					

《岡山県へき地医療支援機構》

※（1）この登録票は、必ず郵送としてください。
　（2）個人情報については、厳重に管理いたします。