

医業承継に関する登録票

登録受付日	年 月 日	受付番号		受付者	
-------	-------	------	--	-----	--

※ 太枠内を記入して下さい(口には✓して下さい。)

		登録申請日	年 月 日
ふりがな氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
住所	〒 -		
電話番号・FAX番号	- - -		
メールアドレス			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
職歴			
医籍登録の年月日・番号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	登録番号 (号)	専門診療科
希望条件	希望診療科		
	希望地域	<input type="checkbox"/> 県北医療圏 <input type="checkbox"/> 県中医療圏 <input type="checkbox"/> 県南医療圏 <input type="checkbox"/> 宮古医療圏 <input type="checkbox"/> 八重山医療圏 <input type="checkbox"/> 市町村名 () <input type="checkbox"/> 県内のどこでも	
	承継希望時期	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃から <input type="checkbox"/> 未定	
	その他の希望		
	情報公開	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、御来館により御提出下さい。本票に御記入いただいた個人情報は、個人情報保護関係法令に基づき厳正に取り扱うとともに、「医業承継相談窓口」の業務以外で使用することはありません。

◆ 本票送付(登録)先
一般社団法人 沖縄県医師会「医業承継相談窓口」事務局
◆ 連絡先
住所 〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川218-9
電話 098-888-0087 FAX 098-888-0089
電子メール ikyoo@okinawa.med.or.jp