

鳥取県医師会 医業承継相談申込書（B：勤務医用）

令和 年 月 日

フリガナ		所属地区医師会
申込者氏名	(男 ・ 女)	<input type="checkbox"/> 東部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 西部 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 非会員
生年月日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日	歳
自宅住所	郵便番号 (-) メールアドレス:	自宅電話
		携帯電話
出身大学	大学	卒業年 (昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日
医籍登録番号	第 号	登録日 (昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日
現在勤務先 医療機関名		診療科目
住 所	郵便番号 (-)	固定電話
		ファクシミリ
主な職歴		
譲受を 希望する地域	<input type="checkbox"/> 東部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 西部 <input type="checkbox"/> 指定なし (市町村名:)	
譲受を 希望する時期	<input type="checkbox"/> 条件が整いしだい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃	
譲受にあたり 現職員の雇用	<input type="checkbox"/> 現職員を雇用する (全員又は一部) <input type="checkbox"/> 雇用しない <input type="checkbox"/> 未定	
その他 (自由記載)		

※医師会 使用欄	・ 受付日	・ 処理
-------------	-------	------