

# しますけっと団登録票

## ■医師本人記入用■

フリガナ 氏名 【必須】		性別 【必須】	男・女	生年月日	昭和 年 月 日
現住所 【必須】	〒 —				
電話番号等 連絡先 【いずれか必須】	自宅電話	—		—	
	携帯電話	—		—	
	ファクシミリ	—		—	
	電子メール				
医籍登録番号 【必須】					
現在勤務先等 【必須】				専門 【必須】	科
条件等					
派遣形態	① 定期的応援 (勤務頻度 回/月・週程度)		② 不定期応援		
	③ その他 ( )				
1回あたりの期間 (旅行日含む)	① 日帰り		② 2～3日		③ 4～5日
	④ その他 ( )				
応援可能期間	① 今すぐにでも		② ( )年( )月頃から		③ 未定
	④ その他( )				
応援希望地 (複数回答可)	① 長崎	② 西彼	③ 県北	④ 下五島	⑤ 上五島
	⑥ 壱岐	⑦ 対馬	⑧ 県内どの地域でも可		
	⑨ その他( )				
その他要望 ご意見等					
備考					

※1 個人情報については厳重に管理し、他の目的には使用いたしません。(長崎県離島・へき地医療支援センター)  
 ※2 「斡旋」の際には「履歴書」及び「医師免許証」の写しが必要となります。