医師登録用紙

FAX 076－280－3011

年　月　日

フリガナ 名　　前	男・女	生年月日	年　月　日	年齢　歳
フリガナ 住　　所	〒(　－　)			
フリガナ その他連絡先	〒(　－　)			
卒業大学（学位）	大学名: 卒業年度:		（国公立・私大　選択）	
大学院（修士）	大学名: 卒業年度:		（国公立・私大　選択）	
大　学（博士）	大学名: 卒業年度:		（国公立・私大　選択）	
医師免許の取得	取得年:　年	免許番号:		
加入職業団体	□加入　団体名(　)	□無		
留　学　経　験	□有　国:　留学先施設名: □無	留学年数:		
医師としての経験年数	年			
取得認定 専門医資格名	① ② ③	④ ⑤ ⑥		
職　　歴 ＊メインとなる職歴をお書き下さい	①病院名: ②病院名: ③病院名: ④病院名: ⑤病院名:	診療科: 診療科: 診療科: 診療科: 診療科:	入職年数: 入職年数: 入職年数: 入職年数: 入職年数:	
現 在 の 状 況	□常勤　□非常勤　□休職中			
希望診療科目	第1希望:	第2希望:	第3希望:	
希 望 勤 務 地	第1希望:	第2希望:	第3希望:	
希望勤務時期	年　月　日～			
希　望　待　遇	□常　勤　希望年収　万円 □非常勤　報酬　円（月給・日給・時間給　選択） 第1希望曜日:（月・火・水・木・金・土・日）体系:日勤・当直・日当直　選択 第2希望曜日:（月・火・水・木・金・土・日）体系:日勤・当直・日当直　選択			
現在までに習得した診断学(勤務体系・科目・取得したいｽｷﾙ)				
入会学会 研究会名等				
自 己 P R				

TEL・FAX・携帯	TEL:　－　－	FAX:　－　－	携帯:　－　－
e－mail			
希望連絡手段等	□メール　□TEL　□携帯	時間帯:	

よくご覧になるHP
・
・
・

よくご覧になる雑誌
・
・
・

カーネル管理項目	先様御連絡済	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞUP済
I　D:		
ﾊﾟｽﾜｰﾄﾞ:	□	□

KERNEL CONSULTING
カーネルコンサルティング株式会社
〒921-8116 石川県金沢市泉野出町4-6-4
TEL (076) 280-1811 FAX (076) 280-3011
フリーダイヤル　0120-811-055
http://www.kernelc.co.jp