

歯科医業承継バンク登録票

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

※ 太枠内を記入してください(口には✓してください)。

		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	(TEL)	-	-	(FAX)	-	-
電子メールアドレス						
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						
歯科医籍登録の年月日・番号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 登録番号(第 号)					
希望条件	希望診療科名	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科				
	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"/> 会津・南会津医療圏				
		<input type="checkbox"/> 相双医療圏 <input type="checkbox"/> いわき医療圏				
	承継希望時期	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃から <input type="checkbox"/> 未定				
	自宅	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
その他の希望						

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、ご来館によりご送付ください。本票にご記入いただいた個人情報は、個人情報保護法令に基づき厳正に取り扱うとともに、「歯科医業承継バンク」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 : 「歯科医業承継バンク」事務局
◆ 連絡先
住所 〒960-8105 福島県福島市仲間町6番6号 公益社団法人 福島県歯科医師会館内
電話 024-523-3310 FAX 024-524-1323
電子メール shikasyoukei@fda-online.or.jp