

※掲載対象は**医科の常勤医師**のみとなります

(見 本)

当事務局よりお問い合わせさせて頂く際に必要な連絡先となります。平日午前9時～午後5時の間に連絡の可能な方のお名前を記載して下さい。

| | |
|----------|--|
| 所属部署名 | 医療業務部地域医療第一課 |
| 担当者名 | 〇〇〇〇 |
| 担当者アドレス | kinmui-m@aichi.med.or.jp |
| 電話番号（直通） | 052-241-4138 |

平成28年版勤務医師名簿調査票

【施設情報】（H28.7.1現在）

| | | | |
|---------------------|----------------------|--------|--------------|
| フリガナ | イリョウハウジン〇〇カイ 〇〇ビョウイン | | |
| 施設名 (法人名等含む正式名称) | 医療法人〇〇会 〇〇病院 | | |
| 所在地 | 名古屋市中区栄4-14-28 | | |
| 郵便番号 | 460-0008 | 代表電話番号 | 052-241-4136 |
| | | FAX番号 | 052-241-4130 |

市外局番から記載して下さい。

「愛知県」は省略して下さい。

【医師情報】（H28.7.1現在）

| No. | 氏 名 | | フリガナ | | 県医会員 (○もしくは×を付けて下さい) | 診療科名 | 専門科名 | 職 名 | 出身校 | 卒業年 (和暦。昭和=S、平成=Hとして下さい) | |
|-----|-----------|-----------|-------------|-------------|-------------------------|------|------------|-------------------------|------|-----------------------------|------|
| (例) | (姓) 愛知 | (名) 太郎 | (セイ) アイチ | (メイ) タロウ | ○ | 〇〇科 | 〇〇科 ××科 | 副院長 〇〇科部長 ××センター長 | 〇〇大学 | S | 60 年 |
| 1 | | | | | | | | | | | 年 |
| 2 | | | | | | | | | | | 年 |
| 3 | | | | | | | | | | | 年 |
| 4 | | | | | | | | | | | 年 |
| 5 | | | | | | | | | | | 年 |
| 6 | | | | | | | | | | | 年 |
| 7 | | | | | | | | | | | 年 |
| 8 | | | | | | | | | | | 年 |

索引を作成するために必要となりますので、フリガナも必ず記載して下さい。

診療科・専門科・職名を一人につき複数記載される場合はそれぞれ3つまでとして下さい。

なるべく卒業当時の名称で記載して下さい。学部名は記載不要です。

ご不明な点がございましたら、愛知県医師会 医療業務部 地域医療第一課 勤務医師名簿担当宛てご連絡下さい。
TEL:052-241-4138
E-mail: kinmui-m@aichi.med.or.jp