



SHIMANE
AKAHIGE
BANK

赤ひげバンク登録票(学生用)

医師募集キャラクター「赤ひげ」先生

申込年月日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		性別		生年月日	S H 年 月 日
進学先の 課程	・医師 ・看護職員	学年		()年生	
現住所	〒 —				
帰省先	〒 —				
電話番号等 連絡先	自宅電話	—	—		
	携帯電話	—	—		
	ファクシミリ	—	—		
電子メール					
大学・学校名					
※将来の希望	※希望があれば記入してください。				
勤務希望地 (複数回答可)	1 松江圏域 2 雲南圏域 3 出雲圏域 4 大田圏域 5 浜田圏域 6 益田圏域 7 隠岐圏域 8 県内どの圏域でも可 9 未定 10 その他()				
希望勤務先 (複数回答可)	1 市部の病院 2 市部の診療所 3 郡部の病院 4 郡部の診療所 5 開業 6 行政 7 その他()				
希望 診療科/職種	()科 (・保健師 ・助産婦 ・看護師 ・准看護師) ※看護職の場合は希望職種				
その他要望 ご意見等					
備考					

1. 選択項目があるものについては、該当項目に○を付けていただき、選択項目がないものについては、要望内容等をご記入ください。個人情報については厳重に管理いたします。【島根県健康福祉部医療対策課(医師確保対策室)】