

<確認事項>

診断協力医としての登録にあたり、以下の医師名および勤務先医療機関の名称、診療科、所在地、電話番号等を公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ等を通じて公開することに同意します。

産科医療補償制度「診断協力医」登録用紙

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日		男・女	
氏名		印		T・S 年 月 日(歳)	
自宅	〒 - 住所				
	TEL:				
主たる勤務先	勤務先(医療機関)名称			診療科名	
	(役職)				
	〒 - 所在地				
	TEL: (内線:)		メールアドレス:		
FAX:					
登録資格	<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第十五条第一項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師 ※ <u>肢体不自由指定書の写しを添付して下さい。</u>				
該当する□にレ点を記入してください	<input type="checkbox"/> 日本小児神経学会の定める小児神経専門医の認定を受けた医師 ※ <u>認定書の写しを添付して下さい。</u>				
加入団体名称 (個人で入会している 職能団体、学会など)	<input type="checkbox"/> 日本小児神経学会 <input type="checkbox"/> 日本リハビリテーション医学会 <input type="checkbox"/> 日本小児科医会 <input type="checkbox"/> 日本小児整形外科学会 <input type="checkbox"/> 日本小児科学会 <input type="checkbox"/> その他 ()				
該当する□にレ点を記入してください					

【個人情報の取扱いについて】 登録書類上の個人情報は、当機構の産科医療補償制度運営事業以外の目的には使用しません。