

【確認事項】

診断協力医として登録されることに同意し、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」登録承諾書

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		生年月日		
氏名	印	西暦	年 月 日 (歳)	男・女
主たる勤務先	勤務先(医療機関)名称 (役職)		診療科名	
	〒	所在地		
	TEL: (内線:)	フリガナ		
FAX:	メールアドレス:			
登録資格 <small>該当する□にレ点を記入してください</small>	<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ください。</u> <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ください。</u>			
加入団体名称 <small>(個人で入会している職能団体、学会など) 該当する□にレ点を記入してください</small>	<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 ()			
所属の医療機関の手続き上、施設長の承諾の取り付けが必要な場合は「登録承諾依頼書」を送付しますので、「送付希望」にレ点を記入してください。				<input type="checkbox"/> 送付希望
【備考欄】				

【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。