

## 調整医師申請書

申請日 ○○○○年○月○日 ←自動で入力日が入ります。  
調整医師として申請いたします。

**\*回答必須項目です**

フリガナ*		
氏名*		
ご所属	施設名* (病院/大学等)	
	診療科*	
	職名	
	勤務形態	タブからご選択ください
所属施設長*	役職	
	氏名	承諾書をいただく施設長名(大学長名)をご記入ください。
所属施設情報*	郵便番号	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
メールアドレス	ドナー部からのお知らせをメール配信いたします。 ペーパーレス化にご協力をお願いいたします。	
略歴*	年	卒業
	年	
	年	
	年	
	年	
	年	
	年	
	血液臨床経年数*	年
その他	何か特記事項がございましたら、ご記入ください。	

※ご記入いただいた個人情報は、当法人情報セキュリティポリシー  
<<https://www.jmdp.or.jp/policy.html>>に従い骨髄バンク事業のために必要事項のみ利用します。

(以下は当法人使用欄)

ドナー部長	担当者