

(別紙 1)

○提出媒体・送付方法

【提出】

エクセルデータ形式にてご提出ください。

ご参考として[別添参考]用紙を本文書に同封しておりますが、下記 WEB ページよりデータをダウンロードして、作成をお願いします。

愛知県医師会ホームページの (URL <https://www.aichi.med.or.jp/>)

「医師の皆さま」 - 「各種様式ダウンロード」

URL https://www.aichi.med.or.jp/dr/dr_download-2/

上記ページ内「平成 30 年度版勤務医師名簿調査票」よりダウンロードできます。

【送付方法】

電子メールで送信してください。送付先は下記のとおりです。

※ ファイル名を施設名にしてください。ファイル名の例 **医療法人〇〇会 〇〇医院**

<送付先>

(電子メール) kinmui-m@aichi.med.or.jp

kinmui の後は、「-」ハイフンに、m @aichi.med.or.jp です。

パスワードを設定する場合は、パスワードを「 **aichi2018** 」にしてください。

(CD-ROM 等電子媒体で郵送する場合)

〒460-0008 名古屋市中区栄 4-14-28 愛知県医師会館 3 階

愛知県医師会 医療業務部第 1 課 勤務医師名簿担当 行

○提出締切日 (必着)

平成 30 年 9 月 21 日 (金)

○その他

- ・ご提出後、記載漏れ等により内容確認を行う事がございますので、**ご担当者の氏名・連絡先は必ずダウンロードしていただいた調査票へ記載してください。**
- ・医師情報を掲載頂いた施設については、掲載内容の確認のため、後日、校正原稿をお送りする予定です。お手数おかけいたしますが、その際はご協力賜りますようお願いいたします。
- ・その他、ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第 1 課 勤務医師名簿担当 TEL : 052-241-4138 FAX : 052-241-4130 E-mail: kinmui-m@aichi.med.or.jp

愛知県勤務医師名簿調査票 記載上の注意事項等について

○調査票記載上の注意事項

【施設情報】

対 象	<ul style="list-style-type: none">・本名簿の掲載対象は愛知県下の病院、大学病院、有床診療所、介護医療院、老人保健施設、官公署・保健所となります。・無床診療所化あるいは廃止等の理由により上記に含まれない施設がございましたら、お手数おかけいたしますが、その旨担当課へご連絡ください。
施 設 名	<ul style="list-style-type: none">・法人名等も正式名に含む場合は含めて記載してください。 なお、法人名と施設名の間は1文字分スペースを空けてください。・外字の説明を施設名に続けて記載してください。・保健所の場合は、保健所名を記載してください。・愛知県庁及び名古屋市役所内の部局については、施設名はそれぞれ「愛知県庁」、「名古屋市役所」として掲載させていただきます。・介護老人保健施設の場合、ユニット型介護老人保健施設が同所在地に存在し、常勤医師が同じ人物の場合は、ユニット型介護老人保健施設の名称も併記してください。
所 在 地	・「愛知県」を省略して、「市」あるいは「郡」から記載してください。
電 話 番 号 F A X 番 号	・代表番号を記載していただき、市外局番から記載してください。

【医師情報】

対 象	<ul style="list-style-type: none">・医科の常勤医師のみ記載してください。非常勤医師並びに歯科医師については記載しないでください。・常勤医師は、正規職員・準職員・嘱託職員など身分の別にかかわらず、全て記載してください。
医師の掲載順	・原則、ご提出頂いた順序のまま掲載させていただきますが、病院長を先頭に、副院長、その他の管理職の順に記載していただき、以降は 診療科ごとにまとめてください 。理事長や病院事業管理者等を記載される場合はこの限りではありません。
医 師 氏 名	<ul style="list-style-type: none">・フリガナも必ず記載してください。(索引に利用します。)・氏名に外字が含まれる場合は、備考欄に記載してください。・同一人物の再掲はしないでください。
県 医 会 員	・愛知県医師会員には ○印 、非会員には ×印 を記載してください。

診 療 科 名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的にはその医師の所属診療科を記載してください。所属診療科が特に無い場合は、その医師が従事可能な診療科のうち、主なものを記載してください。 ・ 医療法施行令第三条の二に基づく診療科名で記載してください。 ・ 一人につき複数記載される場合は3つまでとしてください。 ・ できる限り略号は使用しないでください。
専 門 科 名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 得意とする分野の診療科名を記載してください。専門科が特にない場合は、空欄にせず「 - 」と記載してください。 ・ 一人につき複数記載される場合は3つまでとしてください。 ・ できる限り略号は使用しないでください。
職 名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 兼職を記載される場合は、列記してください。ただし、一人につき3つまでとしてください。
出 身 校	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学名が現在のものと変更になっている場合は、なるべく卒業当時の名称で記載してください。 ・ 学歴を大学学部統一しますので、大学院については記入なさないでください。また、学部名は記載不要です。
卒 業 年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出身校欄で記載した大学の卒業年（※年度ではありません）を和暦で記載してください。
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人情報保護の観点から、掲載に当たっては、必ず医師本人に掲載の了解をとっていただきますようお願いいたします。 ・ 全ての医師について全項目を記載していただければ幸いです、ご本人が掲載を望まない場合は調査票へ記載しないでください。また、一部、掲載を望まない項目がある場合は、その項目については非掲載としていただき、「 - 」と記載してください。 ・ 平成 18 年版勤務医師名簿より、個人情報保護法に基づき個人の住所・電話番号、生年月日の項目は削除させていただいております。

本紙は医師の情報掲載を希望されない場合のみご提出ください。

(別紙 3)

平成 30 年 9 月 日

(施設名) _____

医師情報の非掲載について

平成 30 年 9 月 11 日付文書にて再依頼のございました、「平成 30 年度版愛知県勤務医師名簿」への掲載の件につきまして、医師の情報掲載は希望いたしません。

-----<担当者連絡先>-----

担当者氏名 : _____

部署・役職名 : _____

電話番号 : _____

《送付先》

愛知県医師会 医療業務部第 1 課

勤務医師名簿担当 行

所在地 : 〒460-0008 名古屋市中区栄 4-14-28

愛知県医師会館 3 階

T E L : 052-241-4138

F A X : 052-241-4130

E-mail: kinmui-m@aichi.med.or.jp