

NO.			
-----	--	--	--

勤務医師年俸調査個人票

医師用（病院長、パート医師を除く）

開設者（下記のうち該当する番号を○で囲んで下さい）

1. 国・県・市・独法	2. 医療法人	3. 大学病院	4. その他の法人	5. 個人
都道府県、市町村 その他の国および 独立行政法人	医療法人病院のみ	公・私を問わず 大学附属病院	医療法人および学校 法人以外の法人病院	個人病院のみ

許可病床数（平成23年12月31日現在の数）

--	--	--	--

床

【質問】 年俸制を採用していますか。 はい いいえ

本人の専門科目	※該当する個人の専門科目1つを○で囲む 内科・小児科・精神科・外科・整形外科・脳神経外科・形成外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科・放射線科・麻酔科 その他（ ）					
年齢および性別	満		歳	／	男 女	※年齢は平成23年12月31日現在のもの
年俸						※平成23年1月から12月までの源泉徴収票の支払金額をご記入下さい。 ※千円未満は切り捨て下さい。
勤続年数	満		年			ヶ月
資格取得年次	昭和・平成			年		

※本票の記入にあたり不明点等は、神奈川県病院協会 事務局 045(242)7221 までご連絡下さい。