

medifact club 医師情報照会申込書（1）

FAX:03-5798-2448 / E-mail:support@medifact.co.jp

【依頼者記入欄】

申込日： 年 月 日

MFCID(E-mail)			
氏名		TEL	
フリガナ		FAX	
性別	男 女	勤務先名	
ご住所	〒		
希望する下記調査項目に○印を付けて下さい。質問事項は、医師への質問書(2)の依頼者記入欄にご記入下さい。			

【医師記入欄】

回答日： 年 月 日

調査依頼項目に○印をつけて下さい		
一般公開	医師名	
	診療科目名	
非公開	E-mail	
MFC会員へのみ公開されます	医療機関名	
	専門領域	
	住所	
	代表 TEL	
	FAX	
	所属部科	
	職階	
	所属学会名 1	
	所属学会名 2	
	所属学会名 3	
	所属学会名 4	
	所属学会名 5	
	資格（専門医）	
	資格（指導医）	
	年齢	
	最終学歴	
	卒業年度	
	出身地	
性別		
セカンドオピニオンの可否		
出版書籍の案内		
月間の診療患者数		
年間の文献発表数		

medifact club 医師情報照会申込書 (1-1)

FAX:03-5798-2448/E-mail:support@medifact.co.jp

【医師記入欄】

診療方針

* ご記入頂いた診療方針は、MFC 会員へのみ公開されます

<お問い合わせ先> medifact club

〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿 1-8-6 共同ビル 6F

FAX:03-5798-2448/E-mail:support@medifact.co.jp