

(様式第1号)

医師復職支援研修受講申込書

年 月 日

北海道医師会 会長 長 瀬 清 様

(申 込 者)

住 所

氏 名

電話番号

医師復職支援研修事業実施要領に基づき、下記により申し込みます。

記

1. 過去に主に担当した診療科
2. 研修受講理由
3. 希望する研修施設又は所在市町村等（具体的に希望がある場合のみ記入）
4. その他特記事項

※ 履歴書、医師免許証（写し）を添付してください。