（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　松　家　治　道　　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。