

(別記様式第1号)

女性医師復職研修受講申請書

平成 年 月 日

鹿児島県知事 様

住所

氏名

印

鹿児島県女性医師復職研修実施要綱第4条第1項の規程に基づき、下記により申請します。

記

- 1 過去に主に経験した診療科名
- 2 受講する理由
- 3 希望する研修実施病院名（具体的にある場合に記入）
- 4 傷害保険及び賠償責任保険への加入(予定) 状況（具体的にある場合に記入）
- 5 その他（特記事項、研修についての希望等）
- 6 連絡先（電話及び E-mail（ある場合））

※ 履歴書（市販のもので可、写真貼付）、医師免許証（写し）を添付のこと。