別記様式第１号

年　　月　　日

滋賀医科大学医学部附属病院長　殿

氏名

生年月日　　　　　　年　　月　　日生

女性医師支援のためのスキルズアッププログラム

診療登録医受入れ許可申請書

　下記のとおり、貴院において医療技術の向上を図りたいので、診療登録医として受入れを許可くださるようお願いします。

記

※必要に応じて記入欄を拡大してもよい。

|  |  |
| --- | --- |
| １．受入れ期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| ２．希望診療科等名 |  |
| ３．診療登録の目的 | ※自らのキャリアにどのように役立つかなど |
|  |