別記様式第２号

年　　月　　日

滋賀医科大学医学部附属病院長　殿

登録年月日　　　　　年　　月　　日

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

診療登録医受入れ延長許可申請書

　下記のとおり、診療登録医としての受入れ期間の延長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．延長期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| ２．診療科等名 |  |
| ３．延長を必要とする理由（目標・計画等） |  |