**推　　　薦　　　書**

令和　　 年 　　月 　　日

熊本大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名等

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

第２１回熊本大学病院群臨床研修指導医研修

ワークショップの開催について（回答）

令和４年９月１５日付け熊大病総務第167号で依頼がありました標記のことについて、下記の者を推薦します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  |
| 診療科または専門分野 |  | 役職等 |  |
| 年齢 | 　　　歳 | 臨床経験年数 | 　　　年 | 性別 | 男性　・　女性 |
| 医師免許番号及び取得年月日 | 第　　　　　　号　　（昭和・平成　　年　　月　　日　取得） |
| 新型コロナウイルスワクチン接種 | * WS当日までに４回目接種完了予定

※接種完了が参加条件です。□にチェックをお願いします。 |
| 連絡先 | Tel： |
| Tel（当日の緊急連絡先）：※携帯電話番号等をご記入ください |
| Mail： |

※本推薦書で得た個人情報は、ワークショップ実施及び厚生労働省への年次報告に関する事務手続きに使用いたします。