**１．ワークショップ参加希望者　（　有　・　無　）**

（いずれか◯で囲んでください）

※「参加希望者有」の場合は、以下の推薦書も御記入、御提出願います。

**２． 推薦書**

令和　　 年 　　月 　　日

病　院　長　　　殿

令和４年９月１５日付け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 |  |
| 所属 |  | 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のみ使用いたします。

以上のとおり提出いたします。

　　令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 診療科（部）名　： |
| 診療科（部）長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |