様式第２号

北九州専門医レジデント制度【推薦調書】

年　　月　　日

北九州市医師会長　殿

所　在　地

名　　　称

管理者又は

専門研修プログラム統括責任者氏名　　　　　　　　　　 　 ㊞

（自署又は記名押印）

　下記の者は、北九州専門医レジデント制度を受ける者として適当と認められるので、推薦します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 専門研修領域（研修期間） | 小児科　　　・　　　産婦人科年　　　月　　　～　　　年　　　月 |
| 意　　　　見 |  |