



福岡医発第 3086 号 (地)
平成 30 年 3 月 9 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公印省略)

新規個別指導指導医の推薦について (お願い)

新規個別指導 (初期指導) につきましては、平成 23 年度より実施方法を改め、会員・非会員の区分なく通常の個別指導と同時間帯に福岡県医師会館において実施されていますが、今般、平成 30 年度新規個別指導指導医の推薦依頼がありました。

つきましては、新規個別指導指導医 1 名を 3 月 26 日 (月) までに、別添履歴書並びに振込依頼書を添付の上、推薦いただきますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 会長・副会長は指導医とできませんので、ご了承願います。
- 2) 年度途中の指導医辞退はできませんので、ご了承願います。

(役員改選等のある医師会はご注意願います。)

- 3) 履歴書には、医師会の役職は記入されないようお願いいたします。
- 4) 指導医が本年度と変更ない場合でも、九州厚生局の手続き上、履歴書並びに振込依頼書が必要となりますので、お手数をおかけいたしますがご提出をお願いいたします。
- 5) 新任の先生につきましては、上記書類に加えて、医師免許証の写しのご提出をお願いいたします。

記

※委嘱期間 平成 30 年 4 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日 (1 年間)

振 込 依 頼 書

平成 年 月 日

官署支出官

九州厚生局長 殿

依頼人

郵便番号

住 所

氏 名

印

私に対する旅費等の支払いについて、下記口座へ振り込み願います。

記

振込先金融機関	銀 行 信用金庫	支 店 出張所
預貯金種別	普通 ・ 当座 ・ 通知 ・ 別段	
口座番号		
口座名義	フリガナ -----	
備 考		

履 歴 書

平成30年 3 月 日現在

(ふりがな)		生年月日	
氏 名		昭和 年 月 日生	
現 住 所	〒 TEL. FAX.		
所属機関名 役 職			
所属機関 住 所	〒 TEL. FAX.		
最終学歴	学校名： 学部名： 年 月 卒業		
職 歴			
	事 項		備 考
昭和 年 月			
昭和 年 月			
昭和 年 月			
昭和 年 月			
昭和 年 月			
昭和 年 月			
昭和 年 月			
年 月			
年 月			