　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日（西暦）　　　　年　　　月　　　日

　一般社団法人 日本専門医機構 御中

　　　　　　　　　総合診療領域プログラム名:

　　　　　　　　　基幹施設名:

　　　　　　　　　プログラム統括責任者名:

　　　　　　　　　連絡先:　〒

　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　FAX

E-mail

　　　　　「医療資源の乏しい地域」としての希望理由書

「医療資源の乏しい地域」として、希望しますので申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望（該当箇所の〇を付け、具体的な内容を記載してください） | 市町村 |  |
| 二次医療圏 |  |
| 医療機関 |  |
| 申請の理由（客観的なデータ、例えば人口と医師数など）: | | |