

千葉県若手医師等グループ登録届出書

年 月 日

千葉県知事 様

グループ代表者
住所

氏名

千葉県若手医師地域定着促進事業給付金の交付を受けたいので、千葉県若手医師地域定着促進事業給付金交付要綱第 3 条第 2 項の規定により届け出ます。
また、グループの概要について、県のホームページで公表することに同意します。

グループ名				
代表者	所属		区分 ※1	
	氏名		年齢	
	電話			
	E-mail			
担当者 ※2	氏名	電話		
		E-mail		
構成員名簿		別紙 1 のとおり		
グループの概要		別紙 2 のとおり		

※1 「区分」欄については、以下から選択すること（別紙 1 においては以下に加え「医師（県外）」及び「その他」も選択可能とする）。

医学生（県内）：県内に所在する大学に所属する医学生

医学生（県外）：県外に所在する大学に所属する医学生
（千葉県医師修学資金制度利用者に限る）

臨床研修医：県内医療機関で臨床研修を行う研修医

専攻医：県内医療機関で専門研修を行う専攻医

大学院生：県内に所在する大学に所属する大学院生

医師（県内）：県内に所在する医療機関に所属する医師（臨床研修医、専攻医を除く）

※2 「担当者」欄は、本件についての問合せに対応できる方の氏名・連絡先を記入すること。
なお、代表者が対応する場合は、記入不要。

千葉県若手医師等グループ 構成員名簿

グループ名	
-------	--

(年 月 日 時点)

No.	氏名	所属	区分
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

医師・医学生以外の構成員の職種等

--

※「区分」欄で「その他」を選択した場合は、具体的な職種等を記入すること。

千葉県若手医師等グループの概要

グループ名	
グループの活動目的	
代表者	

1 構成員

区分別 人数	医学生（県内）	0人	医学生（県外）	0人	臨床研修医	0人	専攻医	0人
	大学院生	0人	医師（県内）	0人	医師（県外）	0人	その他	0人
<主な所属>								

2 今年の活動計画

時期	実施予定内容
1～3月	
4～6月	
7～9月	
10～12月	

3 前年の活動実績（登録 1 年目は入力不要）

(1) 学習活動

時期	活動概要（学習テーマ等）	参加人数	
		対面	Web

(2) その他の活動

--