

地域枠確認書

川崎市立井田病院

厚生労働省からマッチング参加者について、地域枠の確認をするよう通達がございました。

つきましては、地域枠で研修する必要があるか、下記の該当する方に○をご記入ください。

() 地域枠ではありません。

() 地域枠です。

→勤務地は()に限定されます。

令和 年 月 日

氏名 _____

ユーザ ID _____

(マッチングで使用するユーザ ID)