**様式2**

熊本県地域医療支援機構女性医師及び子育て医師等メンター制度

　　年度　メンティ登録申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| １所　属 | 　　　　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　科 |
| ２役　職 |  |
| ３氏　名 |  |
| ４メールアドレス |  |
| ５略　歴 | 年　　　　　　　　　　大学医学部　　　　　　科卒業 |
| ６婚　姻 | 【　　　　　　　　】　（a未婚、b既婚、c死別・離別） |
| ７子育経験 | 【　　　　　　　　】　（a男子、b女子、cなし） |
| ８主な研究・　臨床テーマ |  |
| ９希望する相談内容 | 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】（a臨床、b臨床研究、c基礎研究、dライフワークバランス、e男女共同参画、fキャリア形成、g出産・子育て、hその他） |
| 10希望する　メンター | 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】（a男性、b女性、c卒後15年以内、d卒後15年以上、e臨床医、f研究者、g子育て経験有、hその他） |

＊　６、７、９、10については（　）から選んで記号を記述下さい。（７、９、10は複数選択可）

**＊　６、７、10は非公開といたします。**

＊　２、３、４、５はメンター決定後、同人にのみ公開いたします。