

의무복무지역 별도 지정 신청서

| | | | |
|---|----------|---------|--|
| 성명 | | 생년월일 | |
| 주소 | (전화번호:) | | |
| 의무복무지역 | | | |
| 소속 의과대학 | | 수련 전문과목 | |
| 수련 예정 수련병원 | 명칭 | | |
| | 주소 | | |
| 별도 지정 사유 | | | |
| <p>「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률 시행령」 별표 3 제3호 및 「지역의사의 의무복무에 관한 고시」 제7조제2항에 따라 위와 같이 의무복무지역의 변경을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인 (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">보건복지부장관 귀하</p> | | | |
| <p><첨부서류> 별도 지정 사유를 증명하는 서류</p> | | | |