



埼玉医科大学国際医療センター
専攻医 申込書

西暦 年 月 日

埼玉医科大学国際医療センター 病院長 殿

私は、貴院において専門研修を希望のため、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	
現住所	〒					
電話		FAX				
携帯電話						
連絡先 E-mailアドレス(※1)	カタカナ表記					
	注：- (ハイフン)、_ (アンダーバー) 0(ゼロ)、0(オー)等カタカナで読みを記入すること。					
当院からの通知等 送付先 (現住所と違う場合のみ記載)	〒 (電 話)					
出身大学名		卒業年月		年	月	
初期研修施設名		研修期間		年	月	～ 年 月
専門研修基幹施設名		専門研修期間		年	月	～ 年 月
プログラム名 ※内科、外科などコースがある領域はコース名も記入	(希望コース名：)					
採用希望診療科		採用希望 年月日				
地域枠奨学金の貸与	有 () 都道府県 ・ 無					
備考(※2)	連携施設での研修期間： 年 月開始～ 年 月修了					

※1 記入上の注意事項の他、数字6、0とアルファベットb(ビー)、o(オー)等は正確に記入すること。 ※自筆のこと

※2 当院を基幹施設とし、連携施設での研修を修了し再度申込となる場合は、連携施設での研修が修了した旨と連携施設での研修期間を記入すること。

この用紙は、履歴書、臨床研修修了登録証(写)、医師免許証(写)、保険医登録票(写)、現在所属する施設長からの推薦状とともに下記まで送付して下さい。

〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1 埼玉医科大学国際医療センター臨床研修センター