



埼玉医科大学国際医療センター 平成24年度 後期研修申込書

平成 年 月 日

埼玉医科大学国際医療センター病院長 殿

私は、貴院において後期研修を希望のため、関係書類をそえて申し込みます。

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名		年齢	性別 男・女
当院からの通知等 送付先	〒		
電話		FAX	
携帯電話			
携帯電話 E-mailアドレス※1	【 記入上注意事項：アルファベットはブロック体、数字はアラビア数字で正確に記入すること。 － (ハイフン)、_ (アンダーバー) 等は判断し易く記入すること。 】		
P C 用 E-mailアドレス※1	【 記入上注意事項：アルファベットはブロック体、数字はアラビア数字で正確に記入すること。 － (ハイフン)、_ (アンダーバー) 等は判断し易く記入すること。 】		
その他の連絡先 (帰省先)	〒 (電話)		
出身大学	大学 卒業年月日 平成 年 月 日		
希望するコース※2	<input type="checkbox"/> 内科後期研修 (<input type="checkbox"/> 内科総合診療コース、 <input type="checkbox"/> 内科診療科重点研修コース) <input type="checkbox"/> 外科後期研修 (<input type="checkbox"/> 外科総合診療コース、 <input type="checkbox"/> 外科診療科重点研修コース) <input type="checkbox"/> 専門科コース、		
希望診療科			
備考			

※1 E-mailアドレスは現住所への「郵便物送付」同様に「確認事項」送付に使用します。

記入上の注意事項の他、数字6、0とアルファベットb、o等分かり易く記入すること。

※2 希望コースを■とすること。また、「希望診療科」も記入すること。(未定の場合は未定と記入)

この用紙は、履歴書とともに書留にて下記まで郵送して下さい。

※自筆のこと

〒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 臨床研修管理室