



埼玉医科大学病院
2027 年度 専攻医申込書

西暦 年 月 日

埼玉医科大学病院長 殿

私は、貴院において専門医研修を希望のため、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	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：ー（ハイフン）、＿（アンダーバー）0（ゼロ）、0（オ）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		卒業年月	年 月
初期研修施設		研修期間	年 月 ～ 年 月 (修了予定)
専門研修 プログラム名 (コース名)	年 月研修開始(予定) (複数コースがある場合：コース名)		
基幹施設名			
採用希望診療科		取得希望 専門医	
地域枠奨学金	☐ 有 () 都道府県 ・ ☐ 無		
備 考			

※1 記入上の注意事項の他、数字6、0とアルファベットb、o等正確に記入すること。

この用紙は、履歴書、初期の臨床研修修了見込証明書または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以下の事務室宛に送付してください。

〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷 38 埼玉医科大学病院 臨床研修センター事務室