



埼玉医科大学国際医療センター
2027 年度 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 (携帯電話でも可)					
連 絡 先 (E-mail アドレス)	(必須) カタカナ表記				
	数字の6 (ロウ)、b (ビ-)、- (ハイフン)、_ (アンダーバー)、0 (ゼロ)、0 (オー)等は正確に記入すること。				
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 日～ 年 月 日(修了見込)		
専門研修基幹施設名		採用希望診療科			
専門研修プログラム名 ※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 :)				
採用希望年月日	年 月 日	取得希望 専 門 医			
地域枠奨学金の貸与	有 () 都道府県 ・ 無				
備 考					

この用紙を、履歴書、臨床研修修了見込証明書、医師免許証(写)、保険医登録票(写)、臨床研修病院の施設長または研修管理委員長の推薦状とともに送ってください。

<送付先>

〒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