



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 (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
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、臨床研修修了登録証(写)、医師免許証(写)、保険医登録票(写)、プログラム統括責任者または連携施設(雇用先)の施設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