



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