埼玉県済生会加須病院

専攻医　申込書

西暦 　　　年　　　月　　　日

埼玉県済生会加須病院　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 性　　別 |
| 氏　　名 |  | | | | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　生　　（　満　　　歳　） | | | | |
| 現 住 所 | 〒　　　－ | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | 携帯 | | |
| Ｅ－mail | カタカナ表記 | | | | |
| 注：－（ハイフン），＿（アンダーバー），0（ゼロ），O（オー），等カタカナで読みを記入すること | | | | |
| 出身大学 |  | 卒業年月 | | 西暦　　　　年　　　月 | |
| 初期研修病院 |  | | | | |
| 西暦　　　　年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日　　修了・修了見込 | | | | |
| 将来希望する  サブスペシャリティ領域 | * あ　り　　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] * 未　定 | | | | |

**※自筆のこと**

＊書類提出先

　〒347-0101　埼玉県加須市上高柳1680番地

埼玉県済生会加須病院　臨床研修センター　事務局　齋藤　宛

＊提出書類

（1）専攻医申込書（当院指定）　（2）履歴書（当院指定）　（3）医師免許証（写し）

（4）保険医登録票（写し）　　　（5）臨床研修修了登録証（写し）あるいは修了見込み証明書

（6）現在の施設長の推薦書（当院指定）（7）直近の健康診断結果（概ね6ヶ月以内）

※ 提出いただいた書類は返却いたしませんので、予めご了承ください。