**２０２４年度　南砺市民病院**

**専門研修応募申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　（総合診療専門研修プログラム）　　　　　　　　　写真貼付

応募する基本領域名：　　　総合診療

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 | ＊ | |
| ふりがな | |  | | 男  ・  女 | 出身都道府県 |
| 氏　　名 | | 昭和・平成　　　年　 月 　日生（ 　歳） | |  |
| 出身大学 | | 大学　　　　　　　学部　　　　　　学科　　　　　　　　　年　　　月　卒業 | | | |
| 医籍登録年月日  及び番号 | | 平成　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　第　　　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 現　 住 　所 | | 〒　　　－  　　　　　　　　　 　　TEL．　（　　　　）　　　　　－ | | | |
| 応募基本領域名  (診療科名)  応募専門研修  プログラム名 | | 診療科名：総合診療  プログラム名：南砺市民病院総合診療専門研修プログラム | | | |
| 初期臨床  研修病院 | | 病院名： | | | |
| 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL （　　　　）　　　　 　－ | | | |
| 初期臨床研修  プログラム名 | |  | | | |
| 初期研修期間 | | 年　　　 月　　　 日　 ～  年　　　 月　　　 日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　修了・修了見込み | | | |
| 確実な連絡方法 | | 電話番号 | （　　　　）　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅・携帯 | | |
| e-mail |  | | |

注）１．＊印欄は記入しないでください。

　　２．出願に伴う個人情報については、専攻医の選考以外には使用いたしません。