

信州大学医学部附属病院専門研修 内科専門研修プログラム申込書

信州大学医学部附属病院
内科専門医研修プログラム 統括責任者
田中 榮司 殿

氏名 _____ 印

私は貴院において専門医取得を目指し、平成30年4月から就職することを希望します。

希望コース いずれかに○	①信大基本コース(subspecialtyコース)(希望診療科: _____)			正面上半身 脱帽の写真 タテ4cm×ヨコ3cm (裏面に氏名を記入) をこの場所に貼付。
ふりがな 氏名			性別 男 女	
生年月日	H・S 年 月 日生			
住所	〒 _____			
電話番号	_____	携帯番号	_____	
e-mail	_____@_____			
出身高校				
出身大学	大学	学部	学科 H・S	年卒業
	大学	学部	学科 H・S	年卒業
医籍登録 年月日	H・S 年 月 日 医籍登録番号 第 _____ 号			
初期臨床研修				
研修病院と プログラム名	病院名			
	プログラム名			
研修期間と 修了状況	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 修了・修了見込			
職歴(初期臨床研修以外に職歴が有る場合)				
年 月				
年 月				

申込期限: 平成 29年 11月 15日(水)消印有効

提出先: 〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1

信州大学医学部附属病院 第4内科内 内科専門医研修プログラム 事務局

TEL: 0263-37-2686

FAX: 0263-37-2710