

信州大学医学部附属病院専門研修申込書

信州大学医学部附属病院

検査部 部長

本田孝行 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-meil	@			
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： 機構の期限に準ずる

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 臨床検査部

本田 孝行

TEL: 0263-37-2805

FAX: 0263-34-5316