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），0（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。