

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	〒 ー			
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
希望プログラム	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 救急科	<input type="checkbox"/> 外科
希望する サブスペシャリティ領域	<input type="checkbox"/> あ り [] <input type="checkbox"/> 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 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。