山形市立病院済生館 専攻医申込書

申込日 令和 年 月 日

顔写真添付 4㎝×3㎝

（作成日から6か月以内に作成したもの）

山形市立病院済生館内科専門研修プログラムの研修を申込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | |  |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 昭和  平成 | 年 月 日生（満 歳） | 性別 | 男・女 | |
| 現住所 | 〒 － | | | | 本籍 |  |
| E-mail |  | | | | TEL |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 履 歴 | | | | | | |
| 学歴 | 在学期間 | | | | 学校名 ※高等学校卒業から | |
| 年 月 | ～ | 年 月卒業 | |  | |
| 年 月 | ～ | 年 月卒業 | |  | |
| 年 月 | ～ | 年 月卒業 | |  | |
| 年 月 | ～ | 年 月卒業 | |  | |
| 初期研修 | 研修期間 | | | | 研修病院 | |
| 年 月 | ～ | 年 月修了 | |  | |
| 職歴 | 在職期間 | | | | 勤務先 | |
| 年 月 | ～ | 年 月 | |  | |
| 年 月 | ～ | 年 月 | |  | |
| 年 月 | ～ | 年 月 | |  | |
| 免許資格 | 種 別 | | | 登録番号 | | 取得年月日 |
| 医師免許 | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 将来の希望診療科  （ｻﾌﾞｽﾍﾟｼｬﾘﾃｨ領域） | 診療  科名 |  | 診療  科名 |  |
| 希望する連携施設 | 病院名 |  | 病院名 |  |

志望理由