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