北びわこ地域医療総合診療専門研修プログラム
専攻医応募申請書

令和　　年　　月　　日

にしあざい診療所

北びわこ地域医療総合診療専門研修プログラム事務局　殿

下記により、新専門医制度による貴施設の総合診療専門研修専攻医として採用されたく、必要書類を添え申請いたします。

記

ふりがな 氏　　名		性　別	男　・　女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生	出身大学	大学
医師免許証交付	平成・令和　　年　　月　　日取得（医籍登録番号第　　号）		
初期臨床研修	研修プログラム名		
	研修病院名		
	研修期間	年　　月　　日から 年　　月　　日修了（予定）	
研修期間中の従事要件等	医師修学資金貸付等に伴う研修期間中の従事要件の有無 あり　・　なし（どちらかを○で囲んでください）		
希望研修方法	・プログラム制　　・カリキュラム制		
連絡先	携　帯		
	E-mail		

以上

（用紙はＡ４版）