



埼玉医科大学総合医療センター
専攻医 申込書

西暦 年 月 日

埼玉医科大学総合医療センター病院長 殿

私は、貴院において専門研修を希望のため、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	
現住所	〒					
電話		FAX				
携帯電話						
連絡先 E-mailアドレス※1	カタカナ表記					
	注：ー（ハイフン）、_（アンダーバー）0（ゼロ）、0（オ）等カタカナで読みを記入すること。					
当院からの通知等 送付先 (現住所と違う場合のみ記載)	〒 (電話)					
出身大学		卒業年月	年	月		
初期研修施設		研修期間	年	月	～	年 月
専門研修施設		研修期間	年	月	～	年 月
希望プログラム						
採用希望診療科		採用希望 年月日				
地域枠奨学金	有 () 都道府県 ・ 無					
備考						

※1 記入上の注意事項の他、数字6、0とアルファベットb、o等正確に記入すること。

※自筆のこと

この用紙は、履歴書、初期臨床研修修了見込証明書または臨床研修修了登録証(写)、医師免許証(写)、保険医登録票(写)、現在所属する施設長からの推薦状とともに下記宛に送付してください。

〒350-8550 埼玉県川越市鴨田 1981 埼玉医科大学総合医療センター 臨床研修センター