

(応募者用)

# 専攻医申込書

令和 年 月 日

岩手県立胆沢病院長 様

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

私は、貴院において令和 年 月からの専門研修を希望するので、下記のとおり申込みいたします。

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)			
現住所	(〒 - )			
実家住所	(〒 - )			
出身大学	大学 (平成・令和 年 月卒)			
初期研修施設	施設名：			
研修希望プログラム	希望するプログラムに○	・ ( ) 内科 専門研修プログラム →志望するプログラムが 診療科 _____ 科 ・ ( ) 総合診療科 専門研修プログラム		
奨学金受給の有無	無・有 (種類： R2.3末時点での残義務年数： 年)			
備考				