

埼玉県済生会川口総合病院  
2027 年度 専攻医申込書

年      月      日

埼玉県済生会川口総合病院 病院長 殿

私は、貴院において専門医研修を希望のため、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 |   |   |
| 現住所                                       | 〒                                                                                                                   |      |           |    |   |   |
| 電話                                        |                                                                                                                     | FAX  |           |    |   |   |
| 携帯電話                                      |                                                                                                                     |      |           |    |   |   |
| 連絡先<br>E-mailアドレス※1                       | カタカナ表記                                                                                                              |      |           |    |   |   |
|                                           | 注：－（ハイフン）、＿（アンダーバー）、0（ゼロ）、O（オー）等カタカナで読みを記入すること                                                                      |      |           |    |   |   |
| 当院からの通知等<br><u>送付先</u><br>(現住所と異なる場合のみ記載) | 〒<br><br><br>( 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 |    |   |   |
| 希望プログラム                                   | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 |      |           |    |   |   |
| サブスペシャリティ領域                               | <input type="checkbox"/> あ り [                      ]<br><input type="checkbox"/> 未 定                               |      |           |    |   |   |
| 備考                                        |                                                                                                                     |      |           |    |   |   |

## ※自筆のこと

※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。

この用紙は、別記応募書類（募集要項参照）とともに、下記宛に送付してください。

〒332-8558 埼玉県川口市西川口 5-11-5 埼玉県済生会川口総合病院 専門医制度委員会 事務局