

埼玉県済生会川口総合病院
2024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 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 送付先 (現住所と異なる 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
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 [] <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