# 埼玉県済生会川口総合病院
# 2025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ｱﾄﾞﾚｽ※1 | カタカナ表記<br><br>注：ー（ﾊｲﾌﾝ）、_（ｱﾝﾀﾞｰﾊﾞｰ）、0（ｾﾞﾛ）、0（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<br>（現住所と異なる場合のみ記載） | 〒<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 | □ 内　科　□ 整形外科　□ 小児科　□ 麻酔科 | | | | |
| サブスペシャリティ領域 | □ あ り　[　　]<br>□ 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**