埼玉県済生会川口総合病院
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	男　・　女
現 住 所	〒				
電　　話		FAX			
携帯電話					
連 絡 先 E-mail ｱﾄﾞﾚｽ※1	カタカナ表記 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 （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	□　内　科　　□　整形外科　　□　小児科				
サブスペシャリティ 領域	□　あ　り　　[　　] □　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